



**Universidad**  
**Zaragoza**

## **TRABAJO FIN DE GRADO**

"Trastorno Límite de Personalidad en mujeres: Abordaje desde la  
Terapia Dialéctico Conductual. Revisión Sistemática"

Alumno/a: **Sandra Melero Rubio**

NIA: 686073

Director/a: **Adriana Jiménez-Muro**

Grado de Psicología

**AÑO ACADÉMICO 2016-2017**



Facultad de  
Ciencias Sociales  
y Humanas - Teruel  
**Universidad** Zaragoza

## **Resumen**

El objetivo de este trabajo es analizar la eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) en mujeres con Trastorno Límite de Personalidad (TLP). Para ello, se realizó una búsqueda en las bases de datos de ScienceDirect, recogiendo los últimos 5 años, y en PubMed en los últimos 10 años obteniendo un total de 10 publicaciones que señalan una eficacia de la TDC en mujeres con TLP respecto a la Tratamiento Habitual, Tratamiento por Expertos y la Terapia de Validación en la reducción de intentos de suicidio y el número de autolesiones. Además, también se ha visto eficaz con algunas comorbilidades como el Trastorno por Consumo de Sustancias o en el Trastorno de Estrés Post-Traumático (TEPT), siendo aún más eficaz en esta última en conjunto con la Terapia de Exposición.

**Palabras clave:** Terapia Dialéctico Conductual (TDC); Trastorno Límite de Personalidad; Mujer; Habilidades de TDC; Calidad de vida relacionada con la salud

## **Abstract**

**Title:** Dialectical Behaviour Therapy to treated Borderline Personality Disorder in women. A systematic review.

The purpose of this study is to analyse the efficacy of Dialectical Behaviour Therapy (DBT) in women who suffer from Borderline Personality Disorder (BPD). To this end, database searching in ScienceDirect and in PubMed was carried out by collecting data from the last 5 years in the case of the first database and from the last 10 years for the second. As a result, 10 scientific publications were obtained, which show the efficacy of DBT in women who suffered from BPD as compared to the Usual Treatment, to Treatments Carried out by Experts, and to the Validation Therapy used to reduce suicide attempts and the number of cases of self-harm. Besides, DBT has proven to be successful regarding several comorbidities such as substance use disorder or Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). The DBT was even more effective when it was combined with Exposure Therapy to treat PTSD.

**Keywords:** Dialectical Behaviour Therapy (DBT); Borderline Personality Disorder; Women; DBT Skills; Health-related quality-of-life

## **Introducción**

Según la OMS en el año 2016, “los trastornos mentales representan el 13% del total de la carga de morbilidad mundial”. Dentro de los trastornos mentales, adquieren gran importancia los Trastornos de Personalidad (TP) debido a su alta comorbilidad con otros trastornos clínicos. Se cree que entre un 30-50% de los pacientes psiquiátricos posee un trastorno de personalidad. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por su gran inestabilidad emocional, la gran comorbilidad con otros trastornos y los intentos de suicidio y autolesiones.

Según el DSM 5, se estima una prevalencia de un 1,6% no obstante, podría situarse en torno al 5,9%, dándose una mayor vulnerabilidad en las mujeres (tres mujeres por cada hombre). Se piensa que puede existir un componente genético, debido a que la adquisición de dicho trastorno es 5 veces más frecuente en los familiares de primer grado.

Como característica principal del TLP, destaca su patrón general de inestabilidad en cuanto a las relaciones interpersonales intensas, la autoimagen y la afectividad, destacándose una elevada impulsividad que da comienzo al principio de la edad adulta, encontrándose en diversos contextos. Asimismo, en la CIE-10 se señala la predisposición a los arrebatos de ira y violencia mostrando una incapacidad de controlar dichas conductas explosivas. Otras características que se destacan de dicho trastorno son los sentimientos crónicos de vacío y la tendencia a un comportamiento autodestructivo, incluyendo autolesiones e incluso el suicidio, observándose en un 8-10% de los sujetos con TLP según el DSM 5. Además, las amenazas con las autolesiones y el suicidio son muy frecuentes.

La Terapia Dialéctica Conductual se caracteriza por ser un programa de tratamiento cognitivo-conductual centrado en el desarrollo de nuevas habilidades conductuales que reemplacen los comportamientos desadaptativos que presentan las personas con TLP (Neacsiu, Rizvi and Linehan, 2010). Esta terapia es conocida con el acrónimo DBT, por sus siglas en inglés, y serán utilizado así a partir de ahora en este documento, aunque en el resumen se haya puesto con las sillars en español. Sus intervenciones se encuentran organizadas sobre la base de procesos dialecticos, siendo la dialéctica primaria la aceptación y el cambio (Bedics et al., 2012). Asimismo, también se encuentra diseñada para mejorar la experiencia y expresión emocional, reduciendo su evitación (Neacsiu et al., 2014).

Se ha probado la eficacia de la DBT en comparación con el Tratamiento por Expertos, el cual consiste en terapias con terapeutas de Salud Mental como expertos en el tratamiento de

pacientes difíciles (Bedics et al., 2012); también se ha comparado su eficacia con el Tratamiento Habitual que consiste en Tratamiento Farmacológico (TF) junto a periódicas sesiones psiquiátricas, con la Terapia de Validación con un programa de 12 pasos la cual se basa en la aceptación de la realidad y en la experiencia personal (Neacsiu, Rizvi and Linehan, 2010) y con DBT junto con la Terapia de Exposición Prolongada en casos con comorbilidad en TEPT.

En otros estudios se ha comprobado la eficacia de la DBT junto con el fármaco Olanzapina y, en un último estudio, se comprobó la eficacia de la DBT eliminando el componente de habilidades. En todos los estudios se indican resultados favorables en DBT.

Por todo ello, se ha realizado una revisión sistemática sobre la eficacia del tratamiento de la DBT sobre este tipo de pacientes con TLP. En los diferentes estudios, se ha comparado la eficacia de la DBT con la eficacia de otras terapias.

### **Metodología**

A continuación, se describirán los pasos realizados y criterios elegidos que fueron determinantes en la elección de la información encontrada en las diferentes bases de datos.

#### **Procedimiento de búsqueda**

El primer paso que se realizó fue una búsqueda el día 29 de abril de 2017 en la base de datos de PubMed utilizando como palabras clave: *dialectial behavior therapy, borderline, personality, women, adults, randomized controlled trial*. Se introdujo como límite los artículos de los últimos 10 años. Con estas características, el resultado fue un total de 12 resultados.

Por otro lado, el mismo día, también se realizó una búsqueda en la base de datos de ScienceDirect introduciendo las palabras clave: “DBT” and “Borderline” and “Women” and “RCT”, introduciendo un límite temporal que abarca desde 2012 hasta la actualidad, es decir, los últimos 5 años, dando como resultado un total de 28 publicaciones.

En ambas bases de datos no se introdujo ninguna condición en lo que respecta al tipo de documento dado que el objetivo era conseguir el mayor número de publicaciones posible.

En resumen, entre los resultados de ambas bases de datos y según las características elegidas en cada una de ellas, se obtuvieron un total de 40 publicaciones.

## Codificación de variables

Se recogieron y revisaron las 40 publicaciones obtenidas a través de las bases de datos para verificar si poseían o no los criterios de inclusión requeridos. Con el objetivo de facilitar el proceso de análisis y discusión, los datos se codificaron seleccionando de cada una de las publicaciones la siguiente información: (I) Año de publicación; (II) Trastornos que estudiaban; (III) Terapia utilizada; (IV) Muestra donde se recogía número de sujetos, sexo, edad y origen; (V) Diseño del estudio; (VI) Principales resultados obtenidos.

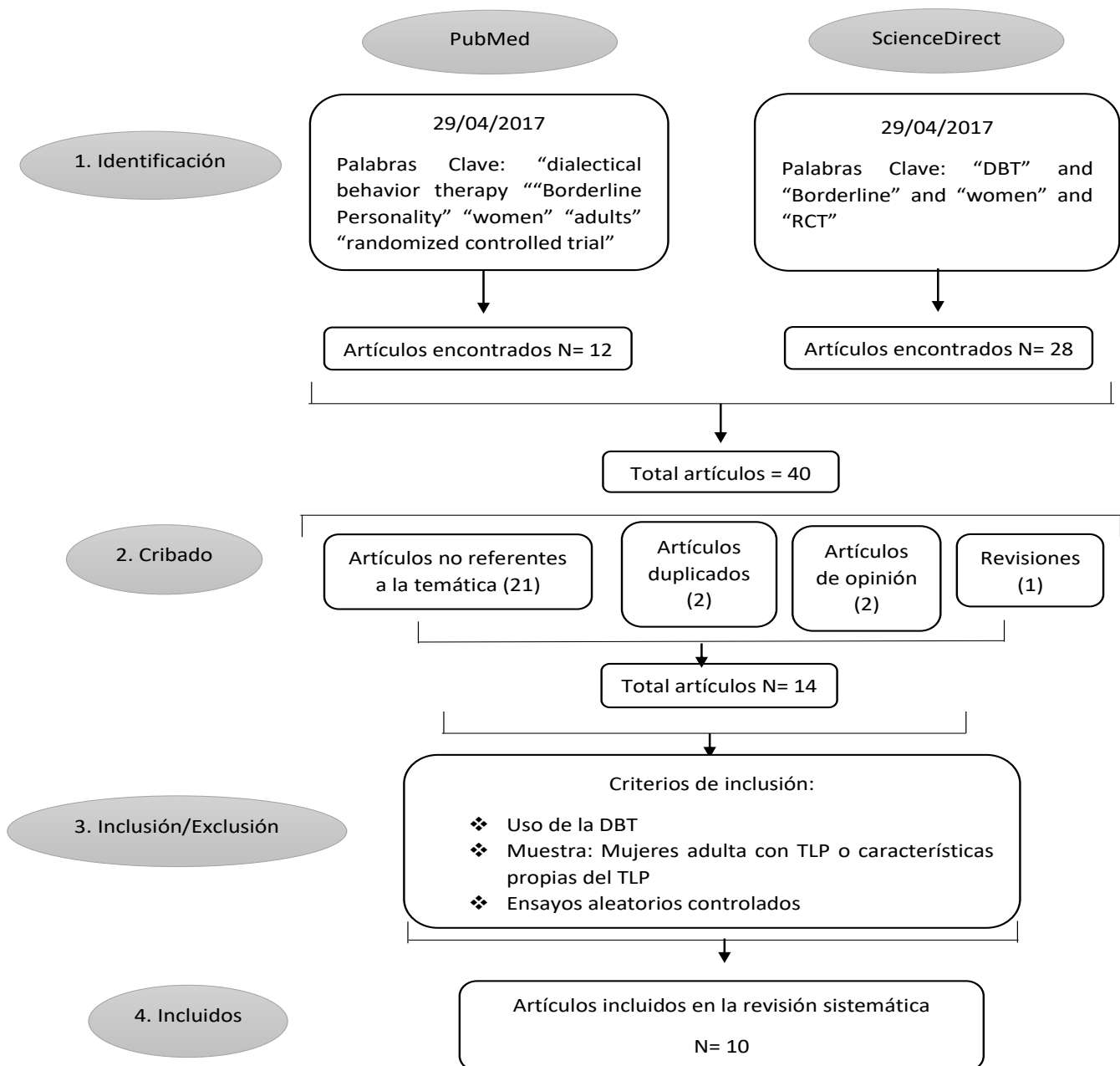


Figura 1. Identificación y selección de artículos

Tras codificar las publicaciones, se llevó a cabo un cribado, excluyendo aquellas publicaciones que eran: (I) Estudios no pertenecientes a la temática; (II) Publicaciones repetidas, (III) Artículos de opinión, (IV) Revisiones.

### **Criterios de selección de las publicaciones**

Una vez realizado el cribado los estudios se redujeron a 14 publicaciones, las cuales se sometieron a revisión bajo los siguientes criterios: (I) Uso DBT; (II) Muestra mujeres con TLP o rasgos del Trastorno; (III) Ensayos aleatorios controlados (Figura 1).

### **Resultados**

De los 40 artículos iniciales, diez (25%) de ellos cumplieron todos los requisitos expuestos. Todos ellos poseían una muestra de mujeres diagnosticadas en TLP. Según la entrevista clínica estructurada de la personalidad del DSM-IV-TR (SCID-II), a pesar de que no era un requisito indispensable puesto que, también se aceptaban aquellas mujeres que no estaban diagnosticadas en TLP, pero mostraban algunos síntomas característicos de dicho trastorno. También se destaca en todos ellos; la realización de evaluaciones a intervalos durante el periodo de tratamiento, en las cuales seis de los artículos menciona el uso doble ciego, y la exclusión de participantes que presentaban trastornos psicóticos. En nueve además, se excluía el trastorno bipolar y el retraso mental; en ocho, trastornos convulsivos graves que requerían de medicación; en seis, el mandato de tratamiento y la necesidad de tratamiento primario para otra condición debilitante, en solo uno una condición orgánica discapacitante y el comportamiento antisocial y en otro si habían poseído un diagnóstico de dependencia de sustancias en los últimos 6 meses, un episodio de autolesión o intento de suicidio en las últimas 8 semanas y si estaban embarazadas, en periodo de lactancia o si tenían intención de quedarse embarazadas. Asimismo, en cuanto a la muestra, aunque si bien es cierto que todas poseían un diagnóstico en TLP, en cinco de los artículos se hace referencia a comorbilidades con trastornos del eje I y en otro de los artículos con trastornos del eje II según el DSM-IV-TR, en los cuales la muestra, en dos de ellos tenía comorbilidad con TEPT y en otro con Trastorno de Dependencia de Sustancias.

En cuanto a los criterios de inclusión al estudio, en siete se pidió que las participantes presentaran al menos dos intentos de suicidio y/o episodio de autolesión en los últimos 5 años y al menos un intento de suicidio y/o episodio de autolesión en las últimas 8 semanas antes de la evaluación inicial, otro de ellos, además, añadió un intento de suicidio en el último año. Otro artículo usó como criterio de inclusión tener ira superior a una puntuación de 7 en el

SCID-II (entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del DSM-IV-TR del Eje II) y, en otro, por último, con una muestra con TLP con comorbilidad en TETP se pedía que pudiesen recordar alguna parte del trauma.

En cuanto al diseño experimental, en ocho de los artículos se realizan comparaciones con otras técnicas utilizadas en el TLP. Cuatro de ellos realizan comparaciones con el Tratamiento en la Comunidad de Expertos, otro compara con el Tratamiento Habitual, en otro con el Tratamiento de Expertos, Tratamiento Habitual y Terapia de Validación con 12 pasos y un otro artículo investiga DBT añadiendo la Terapia de Exposición Prolongada. Por otro lado, en otros estudios se analiza el efecto de la DBT en pacientes con TLP con comorbilidad en TEPT, se investiga el efecto de cada componente de la DBT, DBT-S (entrenamiento en habilidades) y DBT-I (terapia individual), y se explora el efecto que tiene la Olanzapina en DBT.

La asignación de los participantes a cada uno de los grupos se realizó, en todos los estudios de forma aleatorizada, donde en seis de los estudios, se llevó a cabo a través de una aleatorización adaptativa minimizada en cinco variables.

Una vez llevado a cabo el estudio, seis de ellos llevaron a cabo un seguimiento de los resultados.

A continuación, se describirán los hallazgos que se encontraron en los diferentes estudios. En un estudio se exploró el componente de la formación de habilidades de DBT. Para ello, se realizaron dos grupos controles DBT-S (entrenamiento en habilidades DBT sin terapia individual) y DBT-I (Terapias Individuales eliminando las habilidades de DBT) en comparación con el grupo experimental, el cual recibía DBT estándar. Los resultados indicaron que en los grupos con entrenamiento en habilidades se observaron mayores mejoras en cuanto a la frecuencia de las autolesiones para DBT estándar ( $p < 0,001$ ) y para DBT-S ( $p < 0,001$ ) y en cuanto a depresión ( $p = 0,03$ ) para DBT estándar y ( $p = 0,0004$ ) para DBT-S. Además, también se encontraron mejorías en ansiedad en DBT estándar ( $p < 0,001$ ) y DBT-S ( $p = 0,01$ ) pero no en DBT-I. Por otro lado, también se destaca una mayor tasa de abandono en DBT-I (48%; de abandono  $p = 0,04$ ) en comparación con el grupo en DBT estándar (24%; de abandono  $p = 0,04$ ), asimismo, este último grupo también presentó menos probabilidad de utilizar los servicios de emergencias (3% vs. 13%;  $p = 0,02$ ) y hospitalizaciones psiquiátricas (3% vs. 13%;  $p = 0,03$ ). No obstante, en cuanto a la frecuencia y gravedad de los intentos de

suicidio, la ideación suicida, el servicio de urgencia por motivos de suicidio y las razones de vida se vieron mejoradas en todas las condiciones (Linehan et al., 2015).

En el estudio de Bedics, Atkins, Harned y Linehan, se exploró las diferencias en las valoraciones de la alianza terapéutica de los pacientes y de los terapeutas, en función del tratamiento DBT o Tratamiento por Expertos, como predictores de intentos de suicidio, autolesiones, depresión e introyección, a través del tiempo. No se encontraron diferencias en los tratamientos Tratamiento por Expertos y DBT en cuanto a la valoración de la alianza de los pacientes durante el curso del tratamiento ( $p=0,88$ ), aunque si se encontró un aumento significativo en el Compromiso de Paciente al final de los tratamientos ( $p<0,05$ ). En cuanto a la valoración de los terapeutas, en DBT, informaron una mayor alianza, independientemente del tiempo ( $p<0,05$ ). No obstante, la subescala Consenso de Estrategia de Trabajo fue significativa en relación al tiempo de tratamiento donde los terapeutas en DBT la indicaron mayor ( $p<0,05$ ), aunque ambos tratamientos informaron de un aumento significativo en dicha subescala durante el tratamiento ( $p<0,01$ ) (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015).

Por otro lado, se observó como la asociación entre la Capacidad de Trabajo del Paciente, evaluada por el paciente, en DBT, en interacción con la alianza, mostraba una disminución del 30% en intentos de suicidio por cada aumento de unidad en dicha capacidad ( $p<0,02$ ). Mientras que en el Tratamiento por Expertos no fue significativa ( $p=0,87$ ). En cuanto al efecto de la alianza total evaluada por el terapeuta, no se encontraron diferencias significativas entre los tratamientos en los intentos de suicidio, pero si se observó una asociación significativa entre la alianza total evaluada por el terapeuta y el efecto de la DBT en cuanto a los intentos de suicidio ( $p<0,02$ ).

Respecto a las autolesiones, se observó en el grupo DBT, mostraron una reducción del 16% en autolesiones por cada incremento en la alianza total del paciente ( $p<0,03$ ). Además, también, informaron de una reducción del 17% en autolesiones por cada incremento de unidad en la subescala Compromiso del Paciente ( $p<0,02$ ), mientras que en los pacientes en Tratamiento por Expertos se observó un aumento del 38% en autolesiones para cada aumento de una unidad en cuanto a la alianza total por el terapeuta ( $p<0,01$ ). Además, también mostraron un aumento del 33% en autolesiones por cada incremento de una unidad en la comprensión e implicación terapéutica del terapeuta y 33% por cada aumento de unidad en la capacidad de trabajo del paciente. Por último, las valoraciones de los pacientes y los terapeutas sobre la alianza total no se asociaron significativamente con cambios en la



depresión o introyección tanto en DBT como en el Tratamiento por Expertos (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015). Sin embargo, en el estudio de Bedics, Atkins, Comtois y Linehan se encontró que los pacientes en DBT informaron de un aumento significativamente mayor en la afiliación de introyección ( $p < 0,01$ ) en comparación con el Tratamiento por Expertos, mostrando mayor autoestima ( $p < 0,00$ ), autoprotección ( $p < 0,00$ ) y menos autolesiones ( $p < 0,00$ ). En este estudio también se investigó la percepción de los terapeutas por parte de los pacientes. Los terapeutas en DBT fueron percibidos cada vez más afiliativos ( $p < 0,05$ ) y menos autónomos ( $p < 0,05$ ) en contraste con los terapeutas de Tratamiento por Expertos. También encontraron que los pacientes en DBT que refirieron mayor calificación de autoestima activa por parte del terapeuta mostraron una mayor introyección de autoestima en la siguiente evaluación ( $p < 0,00$ ) aquellos que lo calificaron más protector, mostraron una mayor introyección de autoprotección en la siguiente evaluación ( $p < 0,04$ ), y aquellos que lo valoraron como afirmativo, mostraron mayor auto-afirmación en la introyección a diferencia del Tratamiento por Expertos donde los pacientes que fueron valorados más afirmantes produjo una menor autoafirmación de la introyección en el siguiente periodo de evaluación. Sin embargo, los resultados no fueron significativos para aportar una mayor asociación (Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012).

En el estudio de Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, y Linehan, se exploró la ira encontrando como resultados que, tanto a través de DBT como del Tratamiento por Expertos, las 4 variables ira estado ( $p < 0,001$ ) rasgo ( $p < 0,001$ ), expresión ( $p < 0,005$ ) y control ( $p < 0,001$ ) de la ira mejoraron significativamente pero, en interacción con el tiempo, la DBT mostró una reducción significativa de la expresión de la ira mientras que en el Tratamiento por Expertos no hubo ningún cambio significativo ( $p < 0,05$ ) con ( $p = 0,30$ ). En cuanto al control de la ira, no se mostraron diferencias significativas en interacción con el tiempo según la condición, pero se apreció una mayor mejoría en los participantes en DBT ( $p = 0,21$ ) en comparación con los participantes en Tratamiento por Expertos ( $p = 0,15$ ) y, en cuanto a ira como rasgo y estado no se encontraron resultados significativos (Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, & Linehan, 2014).

En el estudio de Linehan, McDavid, Brown, Sayrs y Gallop se exploró la eficacia de la Olanzapina en DBT en la reducción de la ira y la hostilidad. Los resultados encontrados manifiestan que en ambas condiciones (grupo control con placebo y grupo experimental con Olanzapina) se observaron mejoras significativas en cuanto a irritabilidad, agresión, depresión y autolesión ( $p < 0,01$  en cada uno de ellos). No obstante, en cuanto a la irritabilidad y la agresión, se apreció una disminución más rápida en el grupo experimental que en

comparación al grupo control ( $p < 0,01$ ). Por el contrario, se observó una mayor disminución en autolesiones en el grupo control ( $p < 0,01$ ) (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs, & Gallop, 2008).

Como se sabe, el TLP posee gran comorbilidad con trastornos del Eje I por ello, se realizó un estudio en el que se quiso averiguar si la DBT tendría más eficacia que el Tratamiento por Expertos en reducir los trastornos comórbidos del Eje I según el DSM-IV-TR. Los resultados indicaron que la DBT proporcionó significativamente una mayor probabilidad de conseguir una remisión completa para el Trastorno por Dependencia de Sustancias. Además, los pacientes pasaron más tiempo en remisión parcial y menos tiempo en ninguna remisión. Asimismo, durante el seguimiento, los pacientes en DBT con Trastorno por Dependencia de Sustancias informaron de una proporción significativamente mayor de número de días de abstinencia ( $p = 0,001$ ) en comparación con los pacientes del Tratamiento por Expertos ( $p = 0,75$ ). En lo que respecta a otros trastornos comórbidos del Eje (trastornos de ansiedad, trastornos alimentarios y trastorno depresivo) no se han encontrado diferencias significativas entre DBT y Tratamiento por Expertos (Harned et al., 2008). No obstante, otros estudios se han centrado en TLP con comorbilidad en TEPT, en el estudio de Harned, Jackson, Comtois y Linehan se investigó la eficacia de la DBT en la disminución de los comportamientos usados como criterios de exclusión para el tratamiento en TEPT, los resultados que se hallaron fueron que las pendientes del grupo TLP con TEPT disminuyeron significativamente tanto en la dependencia de sustancias como en la disociación severa a través del tiempo (0% a los 12 meses) mientras que los pacientes con TLP no lo hicieron (16,7% a los 12 meses). Se observó que aquellos pacientes que no consiguieron eliminar los comportamientos excluyentes después del tratamiento tuvieron un TEPT significativamente más grave y más intentos de sucios antes del inicio del estudio. En el pre-post se observó en el grupo TLP con TEPT un descenso en el riesgo de suicidio inminente (28% vs. 0%), en las autolesiones automáticas (96,2% vs. 29,2%) y severas (44% vs. 22,7%). Alrededor del 50-69% de estos pacientes habrían sido candidatos para el tratamiento en TEPT. También se indicó que, la presencia de comorbilidad con TEPT no atenúa el impacto de la DBT en los comportamientos del TLP (Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010). Por otro lado, en el estudio de Harned, Korslund y Linehan se exploró la eficacia al integrar la Terapia de Exposición en DBT. En este estudio se encontró que la tasa de intentos de suicidio durante el estudio fue de 37,5% en DBT con Terapia de Exposición Prolongada y 50% en DBT, mientras que en aquellos que terminaron el tratamiento, la tasa de intento de suicidio fue del 16,7% en DBT con Terapia de Exposición Prolongada y 40% en DBT, por tanto los cambios

en la frecuencia de intentos de suicidio fueron de moderada a grande en DBT con Terapia de Exposición Prolongada y pequeño en DBT y entre los grupos el tamaño de efecto fue moderado en favor de DBT con Terapia de Exposición Prolongada. Respecto a las autolesiones, se observaron cambios en la frecuencia en el pre-post, muy grandes en DBT con Terapia de Exposición Prolongada y grandes en DBT y los tamaños de efecto entre los grupos en el post-tratamiento fueron moderados en favor de DBT con Terapia de Exposición Prolongada entre los que terminaron el tratamiento. Durante el seguimiento, los pacientes en la condición DBT con Tratamiento de Exposición Prolongada se encontró una tasa de abstinencia en autolesiones del 80% y en DBT del 60%. Por otro lado, en cuanto a la disociación, las cogniciones de culpa relacionadas con el trauma, la vergüenza, la ansiedad, la depresión y la severidad global, en el post-tratamiento, se encontraron tamaños de efecto moderados entre los grupos en favor de DBT con Terapia de Exposición y grandes entre los que terminaron el tratamiento. Durante el seguimiento, se encontraron tamaños de efecto pequeños en la muestra ITT y moderados entre los que terminaron el tratamiento. En el post-tratamiento y seguimiento el 60%-100% de aquellos que terminaron el tratamiento en DBT con Tratamiento de Exposición Prolongada mejoraron de manera fiable y alcanzaron niveles normales de funcionamiento, mientras que en DBT solo lo hizo el 0-20%, exceptuando la vergüenza en la cual lo hizo un 40%. Además, se vio que la culpa tendió a mejorar con efecto del tiempo ( $p<0,0001$ ) pero no en DBT ( $p=0,06$ ) y la gravedad global se redujo significativamente en DBT con Terapia de Exposición Prolongada ( $p<0,0001$ ) y en DBT solo hubo una tendencia ( $p=0,05$ ) (Harned, Karslund, & Linehan, 2014).

En el estudio de Neacsiu, Rizvi y Linehan se llevó a cabo una comparación entre DBT, Tratamiento por Expertos, Tratamiento Habitual y Tratamiento de Validación con 12 pasos para investigar si la DBT es la técnica más eficaz para reemplazar los comportamientos mal adaptados en personas con TLP por comportamientos adaptados. Los resultados mostraron un mayor uso de habilidades DBT a lo largo del tiempo ( $p<0,001$ ) a diferencia de las condiciones de control las cuales no cambiaron las habilidades con el tiempo. Las habilidades en DBT aumentaron un 15,3% después de un año y se mantuvieron durante los 4 meses de seguimiento mientras que en la condición control aumentaron un 4,6% después de un año de tratamiento y en el seguimiento disminuyeron un 5%. También se observó que el aumento en habilidades en DBT mediaba parcialmente la disminución de la probabilidad de las autolesiones (0,41;  $p<0,001$  a 0,34;  $p<0,01$ ). No se encontró mediación en la supresión y expresión de la ira, pero si se encontró una mediación completa sobre el control de la ira

(0,57;  $p<0.001$ ). Además, también se encontró un efecto significativo de mediación completa en la depresión, disminuyendo  $-0,91$  ( $p<0,001$ ) (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010).

Por último, el estudio de Carter, Willcox, Lewin, Conrad y Bendit se focalizó en comparar las técnicas DBT y Tratamiento Habitual donde se encontró que, en ambas condiciones se produjo una disminución de los ingresos hospitalarios por autolesiones, siendo la diferencia no significativa. Sin embargo, en el grupo DBT se observaron periodos más cortos de ingreso hospitalario por autolesiones, aunque no fue significativa (Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010).

## **Discusión**

Los resultados encontrados en las publicaciones recogidas en los últimos años, dependiendo de la base de datos seleccionada. En líneas generales, se ha encontrado una eficacia de la terapia DBT en cuanto a su uso en el TLP, pudiéndose observar que la formación en habilidades DBT posee mejoras en cuanto a la reducción de autolesiones, depresión, ansiedad y mejoras en la Salud Mental. Aunque es necesario más investigación en esta línea (Linehan et al., 2015).

En comparación con la Tratamiento por Expertos se ha podido observar que en DBT, los terapeutas perciben una mayor alianza, mientras que los pacientes perciben una alianza aumentada en ambas condiciones. Sin embargo, los efectos de la alianza son diferentes en función de la condición, observándose que la alianza de los pacientes en DBT se asoció con una reducción en autolesiones. También se vio que los pacientes en DBT que percibían una mayor comprensión y participación por parte del terapeuta mostraban una menor frecuencia de autolesiones mientras que en Tratamiento por Expertos no se observó dicha asociación. Asimismo, los pacientes en DBT que percibieron un aumento de la capacidad de trabajo mostraron una reducción de autolesiones. No obstante, en cuanto a los intentos de suicidios, independientemente del tratamiento, se observó que la percepción de la alianza por parte del terapeuta era predictiva de los intentos de suicidio, por el contrario, la frecuencia de autolesiones se vio aumentada en la condición de Tratamiento por Expertos mientras que en DBT no se encontró relación (Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015).

Por otro lado, también se ha podido observar que, en comparación con la Tratamiento por Expertos, la DBT aumenta el desarrollo de una introyección positiva, aumentando la autoafirmación, el amor propio, la autoprotección y reducción del número de autolesiones en aquellos pacientes que percibían al terapeuta como más afirmante y protector, manteniéndose estos resultados tanto en el tratamiento como en el post-tratamiento (Bedics, Atkins, Comtois,

& Linehan, 2012). En cuanto a la culpa, la vergüenza, ansiedad y control ira y rasgo se vieron mejorías tanto en DBT como en Tratamiento por Expertos. No obstante, en DBT se mostró una disminución de la evitación experiencia y expresión de la ira (Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, & Linehan, 2014). Aunque si bien se han visto mejorías en DBT, por si sola, en cuanto a la expresión de la ira y el control de esta. En conjunto con la Olanzapina, se ha comprobado una reducción más rápida de la irritabilidad y la agresión. Aunque, en cuanto a las autolesiones se ha observado una reducción más rápida con la actuación de la DBT por si sola (Linehan, McDavid, Brown, Sayrs, & Gallop, 2008).

Como es bien sabido, el TLP posee un gran nivel de comorbilidad con otros trastornos. Se ha observado que la DBT tiene una mayor eficacia en la reducción de los trastornos comorbidos del Eje I según el DSM-IV-TR, viéndose que en pacientes con comorbilidad en Trastorno por Dependencia de Sustancias tuvieron más probabilidad de conseguir una remisión completa, más tiempo en remisión parcial y mayor número de días abstinentes en comparación con la Tratamiento por Expertos, aunque en cuanto a la comorbilidad en ansiedad, trastornos alimentarios o trastorno de depresión mayor no se encontraron diferencias significativas (Harned et al., 2008)

Por otro lado, en cuanto a la comorbilidad en TEPT, se ha observado que la DBT disminuye los síntomas excluyentes para el tratamiento en TEPT en un 50-68% de los pacientes con TLP con TEPT. No obstante, también se ha observado que cuanto más severos son los síntomas menor probabilidad de ser candidatos en el tratamiento para el TEPT (Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010). Sin embargo, la DBT en conjunto con la Terapia de Exposición ha mostrado mejoras significativas y estables en pacientes con TLP con TEPT, duplicando la tasa de remisión y reduciendo la probabilidad de intentos de suicidios y autolesiones, mostrando a su vez un efecto moderado-grande en la disociación, la culpa, la vergüenza, la ansiedad, la depresión y el funcionamiento global de aquellos que terminaron el tratamiento de forma completa en comparación con la DBT por si sola (Harned, Korslund, & Linehan, 2014).

Por otra parte, la DBT en comparación con Tratamiento por Expertos, Tratamiento Habitual, Terapia de validación con 12 paso se observó que las habilidades DBT mediaban de forma completa la reducción en los intentos de suicidio, depresión y el aumento del control de la ira, además de mediar de forma parcial la reducción de autolesiones, la supresión de la ira y su expresión (Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010). No obstante, en comparación solo con

el Tratamiento Habitual no se han visto diferencias significativas en cuanto a la disminución del número de hospitalización y autolesiones. Esto puede ser debido al corto periodo en el cual se llevó a cabo el estudio (6 meses). Aunque si se vieron diferencias en cuanto a la mejora de la discapacidad y calidad de vida en favor de la DBT (Carter et al., 2010).

En cuanto a las limitaciones encontradas, se destaca el reducido número de estudios incluidos, no pudiendo establecer conclusiones firmes al respecto. Esto puede ser debido por tratarse de un tema novedoso en pleno auge de estudio. Además, de que quizás se podrían haber usado otras bases de datos con otras palabras clave diferentes.

Para concluir, se han comprobado los beneficios de la DBT respecto a los diferentes tratamientos mencionados. Además, la DBT destaca sobre ellos observándose mayores y mejores resultados en cuanto a pacientes con TLP e incluso en algunas de sus comorbilidades. No obstante, es una terapia reciente, la cual necesita mayor investigación en el tratamiento específico de mujeres de forma clara y adaptada, y, sin duda, que marque, además, una nueva tendencia hacia líneas futuras de tratamiento en este grupo de pacientes con TLP que tienen necesidades de género muy concretas.

Tabla 1. Principales resultados de los estudios de las intervenciones terapéuticas en TLP

Autores	Población	Intervención	Diseño	Resultados
Linehan et al., 2015	N=99 Mujeres con TLP y recientes NSSI e IS	DBT DBT-I DBT-S	GE: DBT GC: DBT-I GC: DBT-S	DBT-S y DBT mayores mejoras en la frecuencia de autolesiones y depresión y mejoras en ansiedad DBT menores tasas de abandono y menos probabilidad del uso de servicios urgencia y hospitalizaciones
Bedics, Atkins, Harned, & Linehan, 2015	N=101 Mujeres con TLP	DBT CBTE	GE: DBT GC: CBTE	Terapeutas DBT: mayor consenso al inicio y alianza global durante todo el tratamiento Valoración compromiso y capacidad de trabajo pacientes en DBT: reducción autolesiones e intentos de suicidio Valoraciones terapeuta alianza: reducción IS en ambos Valoración terapeuta alianza en Tratamiento por Expertos: aumento autolesiones
Bedics, Atkins, Comtois, & Linehan, 2012	N=101 Mujeres con TLP	DBT CBTE	GE: DBT GC: CBTE	DBT: desarrollo introyección positiva, mayor autoafirmación, amor propio, autoprotección y menor número de autolesiones. Durante tratamiento y seguimiento. Percepción terapeutas afirmantes y protegidos menor frecuencia de autolesiones
Neacsiu, Lungu, Harned, Rizvi, & Linehan, 2014	N=101 Mujeres con TLP	DBT CBTE	GE: DBT GC: CBTE	DBT: disminuyó evitación experiencial y expresión ira más que Tratamiento por Expertos DBT y Tratamiento por expertos mejoraron culpa, vergüenza, ansiedad, rasgo y control ira

Autores	Población	Intervención	Diseño	Resultados
Linehan, McDavid, Brown, Sayrs, & Gallop, 2008	N=24 Mujeres con TLP	DBT DBT+Olanzapina	GE: DBT+ Olanzapina GC: DBT+ Placebo	DBT y DBT+Olanzapina: mejoras en irritabilidad, agresión, depresión y autolesiones DBT+Olanzapina: disminución más rápida irritabilidad y agresión DBT: disminución más rápida autolesiones
Harned et al., 2008	N=101 Mujeres con TLP y reciente comportamiento suicida	DBT CTBE	GE: DBT GC: CBTE	DBT: mayor eficacia en la reducción de los trastornos comórbidos del Eje I DSM-IV-TR Pacientes con Trastorno por Dependencia de Sustancias tuvieron mayor probabilidad de remisión completa, más tiempo en remisión parcial y más días abstinentes No diferencias DBT y Tratamiento por Expertos en ansiedad, trastornos alimentarios o trastorno depresivo mayor
Harned, Jackson, Comtois, & Linehan, 2010	N=56 Mujeres con TLP Mujeres con TLP+TEPT	DBT	GE: TLP+TEPT GC: TLP	Post: 50-68% de TLP+TEPT serían candidatos adecuados para tratamiento en TEPT Pacientes con TEPT con mayor número de intentos de suicidios y TEPT más severo tuvieron menor probabilidad de ser candidatos
Harned, Korslund, & Linehan, 2014	N=26 Mujeres con TLP+TEPT	DBT DBT+PE	GE: DBT+PE GC: DBTE	DBT y DBT+ Exposición Prolongada: expectativas, satisfacción y terminación tratamiento no diferencias DBT+ Exposición Prolongada: mejoras más grandes y estables en TEPT. Duplicó tasa remisión, redujo 2,4 veces la probabilidad de intentos de suicidio y 1,5 autolesiones y efecto moderado grande en la disociación, culpa, vergüenza, ansiedad, depresión y funcionamiento global de los que terminaron.



Autores	Población	Intervención	Diseño	Resultados
Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010	N=108 Mujeres con TLP	DBT CBTE TAU CVT+12 pasos	GE: DBT GC: CBTE GC: TAU GC: CVT+12 pasos	DBT: 3 veces más habilidades Habilidades DBT mediaban completamente la disminución en intentos de suicidio, depresión y aumento control de la ira y mediaban parcialmente la disminución en autolesiones, supresión de la ira y expresión
Carter, Willcox, Lewin, Conrad, & Bendit, 2010	N=73 Mujeres con TLP	DBT TAU	GE: DBT GC: TAU	DBT y Tratamiento Habitual: disminución hospitalizaciones y autolesiones sin diferencias sig. DBT: mejora en la discapacidad y calidad de vida

## Referencias

- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona, España: Masson.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico Y Estadístico De Los Trastornos Mentales DSM-5*. Madrid, España: Panamerica.
- Bedics, J., Atkins, D., Comtois, K., & 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. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 66-77. doi.org/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*, 52, 67-77. doi.org/10.1037/a0038457
- Carter, G., Willcox, C., Lewin, T., Conrad, A., & Bendit, N. (2010). Hunter DBT Project: Randomized Controlled Trial of Dialectical Behaviour Therapy in Women with Borderline Personality Disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44, 162-173. doi.org/10.3109/00048670903393621
- CIE 10, Trastornos mentales y del comportamiento. (1999). 1st ed. Madrid: Meditor.
- Harned, M., Chapman, A., Dexter-Mazza, E., Murray, A., Comtois, K., & Linehan, M. (2008). Treating co-occurring Axis I disorders in recurrently suicidal women with borderline personality disorder: A 2-year randomized trial of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1068-1075. doi.org/10.1037/a0014044
- Harned, M., Jackson, S., Comtois, K., & Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy as a precursor to PTSD treatment for suicidal and/or self-injuring women with borderline personality disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 23, 421-429. doi.org/10.1002/jts.20553

- Harned, M., Korslund, K., & Linehan, M. (2014). A pilot randomized controlled trial of Dialectical Behavior Therapy with and without the Dialectical Behavior Therapy Prolonged Exposure protocol for suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder and PTSD. *Behaviour Research and Therapy*, 55, 7-17. doi.org/10.1016/j.brat.2014.01.008.
- Linehan, M., Korslund, K., Harned, M., Gallop, R., Lungu, A., & Neacsiu, A. et al. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals with Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry*, 72, 475. doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039.
- Linehan, M., McDavid, J., Brown, M., Sayrs, J., & Gallop, R. (2008). Olanzapine Plus Dialectical Behavior Therapy for Women with High Irritability Who Meet Criteria for Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(6), 999-1005. doi.org/10.4088/jcp.v69n0617
- Neacsiu, A., Lungu, A., Harned, M., Rizvi, S., & Linehan, M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47-54. doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004
- Neacsiu, A., Rizvi, S., & Linehan, M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research And Therapy*, 48, 832-839. doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Carga mundial de trastornos mentales y necesidad de que el sector de la salud y el sector social respondan de modo integral y coordinado a escala del país*. Recuperado de [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB130/B130\\_9-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-sp.pdf)