

TERAPIA TRANSDIAGNÓSTICA Y TRANSTEÓRICA PARA EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD

TRANS-DIAGNOSTIC AND TRANS-THEORETICAL THERAPY FOR PERSONALITY DISORDER

W. John Livesley

Profesor emérito en el Departamento de Psiquiatría de la University of British Columbia, Canadá

Cómo referenciar este artículo/How to reference this article:

Livesley, W.J. (2018). Terapia transdiagnóstica y transteórica para el trastorno de personalidad. *Revista de Psicoterapia*, 29(110), 89-110.

Resumen

Este artículo sostiene que la evidencia de la limitada eficacia de las terapias especializadas en el trastorno de personalidad apunta a la necesidad de modelos de tratamiento transdiagnósticos y transteóricos. Las terapias actuales adoptan para el desarrollo de la terapia, en gran medida, un enfoque de escuela terapéutica y diagnóstico específico; cada corriente de pensamiento principal tiende a desarrollar su propio modelo de tratamiento para diagnósticos específicos. La relevancia de un enfoque de diagnóstico específico para el tratamiento se ve cuestionada dados los problemas consolidados reflejados en los diagnósticos actuales y el creciente reconocimiento de que las características generales del trastorno de personalidad y su gravedad son más provechosas para comprender el pronóstico que los diagnósticos específicos. Estos avances sugieren el empleo de un modelo de tratamiento transdiagnóstico. De forma similar, se cuestiona el enfoque de las escuelas de tratamiento, ya que no se han demostrado diferencias en la eficacia entre los modelos terapéuticos, ni la evidencia de que estas terapias arrojen mejores resultados que la terapia de apoyo o la atención médica general. Estos hallazgos indican la necesidad de un enfoque más integrado. La implementación del tratamiento transdiagnóstico y transteórico requiere una valoración más detallada sobre la patología de la personalidad, que la proporcionada por los diagnósticos actuales, para identificar las deficiencias que conforman los objetivos de cambio, y un esquema para organizar la terapia y coordinar la aplicación de una matriz ecléctica de intervenciones. El artículo describe una forma práctica de conceptualizar la valoración con fines de tratamiento y un marco para organizar y administrar la terapia.

Palabras clave: trastorno de personalidad, terapia transdiagnóstica, terapia transteórica, tratamiento psicológico



Abstract

This paper argues that evidence of limited efficacy of specialized therapies for personality disorder points to the need for trans-diagnostic and trans-theoretical treatment models. Current therapies largely adopt a diagnosis-specific and therapeutic schools approach to therapy development; each major school of thought tends to develop its own treatment model for specific diagnoses. The relevance of a diagnosis specific approach to treatment is challenged given the well-established problems with current diagnoses and growing recognition that the general features of personality disorder and severity are more useful in understanding prognosis than specific diagnoses. These developments point to the use of a trans-diagnostic treatment model. Similarly, a schools approach to treatment is questioned given the failure to demonstrate differences in efficacy across therapeutic models and evidence that these therapies do not yield better outcomes than supportive therapy or general clinical care. These findings point to the need for a more integrated approach. Implementation of trans-diagnostic and trans-theoretical treatment requires a more detailed assessment of personality pathology than is provided by current diagnoses in order to identify impairments that form the targets for change and a scheme for organizing therapy and coordinating the implementation of an eclectic array of interventions. The article outlines a practical way to conceptualize assessment for treatment purposes and a framework for organizing and delivering therapy.

Keywords: personality disorder, trans-diagnostic model, trans-theoretical model, psychological treatment

Este artículo mantiene que el tratamiento para el trastorno de personalidad se beneficiaría de la adopción de un enfoque transdiagnóstico y transteórico. El progreso notable en el tratamiento de estos trastornos durante las últimas tres décadas ha demostrado la eficacia de varias terapias. La innovación terapéutica ha supuesto en gran medida el desarrollo de terapias específicas para el diagnóstico basadas en perspectivas cognitivas, cognitivo-conductuales y psicoanalíticas tradicionales. El énfasis en adaptar el tratamiento a los diagnósticos específicos se refleja en el desarrollo de terapias especializadas para trastornos específicos, sobre todo el trastorno límite de personalidad (TLP), y en una tendencia a organizar manuales sobre el tratamiento de categorías diagnósticas como si cada una requiriera un enfoque terapéutico radicalmente diferente. Los méritos de esta estrategia se desafían con dos temas emergentes. Primero, el valor de basar el tratamiento en diagnósticos específicos, que resulta cuestionable en vista de: (i) la persistente incapacidad para identificar tipos de diagnóstico diferenciados; (ii) la eficacia clínica limitada de los diagnósticos actuales; (iii) los cambios en la clasificación diagnóstica que enfatizan las características comunes o generales del trastorno de personalidad en oposición a las categorías diferenciales; y (iv) la evidencia de que la gravedad refleja mayor valor pronóstico que los diagnósticos específicos. Segundo, se cuestiona la utilidad de desarrollar terapias múltiples basadas en las escuelas tradicionales de pensamiento al acumular evidencias de que las distintas terapias no ofrecen diferencias clínicamente significativas en el resultado y que estas terapias no son más efectivas que la terapia de apoyo o la adecuada atención médica. Estos hallazgos apoyan el valor de un modelo de tratamiento más integrado y transteórico.

El artículo tiene cuatro secciones. La primera sección describe la justificación para un tratamiento transdiagnóstico basado en las limitaciones conceptuales y empíricas de las clasificaciones diagnósticas actuales y la naturaleza de la patología de la personalidad. Esta sección también expone que el tratamiento transdiagnóstico para el trastorno de personalidad supone el empleo de un modelo de tratamiento integrado o transteórico. La segunda sección ofrece una justificación adicional para el tratamiento transteórico basado en los índices de los estudios de resultados, y las limitaciones conceptuales y prácticas de las terapias actuales. La tercera sección discute las implicaciones de la valoración diagnóstica del tratamiento transdiagnóstico y transteórico. La última sección delinea un marco general de organización y administración de la terapia transteórica y transdiagnóstica.

1. JUSTIFICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO TRANSDIAGNÓSTICO

La idea de organizar el tratamiento en torno a diagnósticos diferenciados que requieren una estrategia de tratamiento distintivo no es un modo viable ni basado en la evidencia de conceptualizar el tratamiento del trastorno de personalidad. Las taxonomías categóricas actuales resultan poco más que heurísticas para organizar la información clínica (Hyman, 2010) y carecen del apoyo empírico necesario para

proporcionar una base sólida en el desarrollo del tratamiento.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA

Las categorías diagnósticas del DSM-IV/5 y el CIE-10 resultan poco adecuadas para organizar el tratamiento por múltiples razones. En pocas palabras, estos diagnósticos parecen demasiado amplios para planificar el tratamiento y seleccionar las intervenciones, ya que las intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas se seleccionan tradicionalmente para tratar trastornos específicos como la autolesión deliberada, la desregulación emocional y la impulsividad en lugar de diagnósticos globales como los trastornos de personalidad límite o antisocial (Sanderson y Clarkin, 2013). En esencia, las taxonomías contemporáneas carecen de la credibilidad científica necesaria para proporcionar una base sólida para el tratamiento. Estas taxonomías no cumplen con los requisitos de diseño de proporcionar una clasificación diagnóstica exclusiva y exhaustiva. En vez de ser exclusivas, las categorías de diagnóstico muestran patrones extensos coexistentes; por tanto, los pacientes que cumplen los criterios para un único diagnóstico son relativamente infrecuentes. En lugar de proporcionar una clasificación exhaustiva, fracasan en la tarea de plasmar muchos cuadros clínicos, lo que conlleva un uso extensivo del diagnóstico de *trastorno de personalidad no especificado* (Verheul y Widiger, 2004). Además, una investigación sólida demuestra que las características del trastorno de personalidad no están organizadas en categorías diferenciadas y que los trastornos se combinan entre sí y con la variación normal de la personalidad. En consecuencia, las taxonomías del trastorno de personalidad carecen de validez estructural: los análisis empíricos no identifican las estructuras descritas en los constructos diagnósticos actuales (Jacobs y Krueger, 2015).

Las múltiples limitaciones de las taxonomías actuales del trastorno de personalidad apuntan a la necesidad de sistemas taxonómicos más prácticos desde el punto de vista clínico (Livesley, 2018). Una tendencia en esta dirección pertinente al tratamiento transdiagnóstico es la creciente atención prestada para perfilar las características comunes del trastorno de personalidad y definir su gravedad. Esto sugiere que el trastorno de personalidad puede conceptualizarse según dos componentes: (i) características básicas comunes a todos los trastornos de personalidad, concretamente la disfunción interpersonal crónica y los problemas de identidad/self; y (ii) las características específicas de diferentes trastornos (Livesley, 1998, 2003a, b). La fuerza de esta perspectiva se apoya en la evidencia de que la gravedad resulta un indicador de pronóstico más importante que el tipo de trastorno (Crawford, Koldobsky, Mulder y Cottiaux, 2011) y en el énfasis explicitado por el DSM-5 en la valoración de las características centrales del trastorno de personalidad.

COMPATIBILIDAD CON LA PATOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

Dado que el tratamiento transteórico mantiene como inquietud fundamental las disfunciones específicas y la secuencia para tratarlas en lugar del diagnóstico *per*

se, es sumamente compatible con la psicopatología multifacética del trastorno de personalidad. El trastorno se caracteriza por disfunciones de amplio espectro que varían en naturaleza y gravedad según sean los pacientes. Este grado de heterogeneidad supone un gran desafío para las terapias diseñadas según protocolos basados en conceptos de diagnósticos específicos. La gestión eficaz de una psicopatología tan compleja requiere un modo de descomponer los trastornos globales en ámbitos de disfunciones más específicos, ya que las intervenciones específicas se seleccionan en su mayoría para abordar problemas concretos. La estructura del trastorno de personalidad de dos componentes descrito previamente se muestra consistente con este requisito. Desde este enfoque, la evaluación diagnóstica se centra en valorar las características comunes del trastorno de personalidad general, incluida la gravedad y las diferencias individuales en los cuadros clínicos representados por un perfil de dimensiones y, como se analizará más adelante, la valoración de los ámbitos de disfunción específicos.

FALTA DE EVIDENCIA SOBRE LOS EFECTOS DEL DIAGNÓSTICO ESPECÍFICO

Una razón adicional para adoptar el tratamiento transdiagnóstico es la falta de evidencia de los efectos significativos del diagnóstico específico. Aunque existe evidencia de los efectos del tratamiento en ámbitos específicos (Piper y Joyce, 2001), estas diferencias se aplican a problemas concretos y disfunciones que trascienden los diagnósticos, más que a los propios diagnósticos en sí. Sin embargo, debe observarse que hasta hace relativamente poco, escasos estudios empíricos informaron de este problema. La situación ha cambiado con la publicación de varios estudios que muestran que algunas terapias desarrolladas específicamente para TLP también resultan efectivas en el tratamiento de otros trastornos de personalidad.

Por ejemplo, Bamelis, Evers, Spinhoven y Arntz (2014) investigaron la efectividad de la terapia centrada en esquemas (Young, Klosko y Weishaar, 2003) en el tratamiento de una variedad de trastornos de personalidad que incluían el trastorno de personalidad límite, antisocial, esquizotípico o esquizoide. El resultado no difirió significativamente entre los trastornos. De manera similar, Clarke, Thomas y James (2013) mostraron que la terapia analítica cognitiva (Ryle, 1997; Ryle y Kerr, 2002) resultaba efectiva en el tratamiento de diversos tipos de patología de la personalidad. También existen evidencias de que la terapia cognitiva conductual para el trastorno de personalidad (Davidson, 2008) resulta igualmente efectiva para los trastornos de personalidad límite y antisocial (Davidson et al., 2009). Aunque la evidencia continúa siendo limitada, indica de manera consistente que las terapias de uso común resultan efectivas en la mayoría de los tipos de trastorno de personalidad, no sólo en aquellos trastornos para los que se desarrolló el tratamiento específicamente.

CONCLUSIÓN

Las amplias limitaciones de las clasificaciones actuales y la creciente preocupación por la valoración de las características comunes del trastorno de personalidad y de los ámbitos de disfunción, señalan la importancia de contemplar el tratamiento en términos transdiagnósticos; puesto que el tratamiento transdiagnóstico se centra en la identificación de disfunciones específicas que suelen trascender las categorías de diagnóstico tradicionales focalizadas en intervenciones específicas. Lo ideal sería que estas intervenciones se seleccionaran según la evidencia de su eficacia. Sin embargo, inicialmente, necesitarían ser seleccionadas muchas intervenciones sobre la base de consideraciones racionales debido a que existe poca información empírica disponible. Una lamentable consecuencia del tratamiento orientado al diagnóstico se refleja en el hecho de que los estudios de resultados se han centrado principalmente en si una terapia proporcionada para un determinado diagnóstico resultaba eficaz, más que en lo que funciona para los diferentes ámbitos de disfunción. La implementación del tratamiento transdiagnóstico también requeriría un modelo de tratamiento más integrado y transteórico porque las diferentes y multifacéticas disfunciones asociadas al trastorno de personalidad precisan un conjunto más completo de intervenciones que las ofrecidas por un único modelo terapéutico.

2. JUSTIFICACIÓN PARA EL TRATAMIENTO TRANSTEÓRICO

La justificación del tratamiento transdiagnóstico se ajusta bien a las conclusiones de los estudios de resultado del tratamiento. La evidencia de que las terapias especializadas para el trastorno de personalidad no demuestran diferencias clínicamente significativas en el resultado, sugiere que podría ser más efectivo integrar esas terapias en vez de basarse en un único modelo. Este enfoque también está respaldado por una consideración sobre las limitaciones conceptuales y prácticas de las terapias actuales: la mayoría de las terapias se centran principalmente en un conjunto limitado de disfunciones empleando una estrecha gama de métodos de tratamiento, y ninguna ofrece el rango de intervenciones necesario para tratar los diversos componentes del trastorno de personalidad.

RESULTADO SIMILAR EN LAS TERAPIAS

Todas las terapias evaluadas para el trastorno de personalidad hasta la fecha producen cambios significativos y resultan más efectivas que el tratamiento habitual o el tratamiento por parte de expertos (Koons et al., 2001; Budge et al., 2014; Doering et al., 2010; Linehan et al., 2006; Verheul et al., 2003). Los ensayos aleatorios controlados atestiguan la eficacia de la terapia dialéctica conductual (TDC, Linehan, 1993), la psicoterapia cognitivo-analítica (PCA; Ryle, 1997), la terapia centrada en esquemas (TCE; Young, Klosko y Weishaar, 2003), la terapia cognitiva para TP (TCCtp, Davidson, 2008), la terapia basada en la mentalización (TBM, Bateman y Fonagy, 2004, 2006), la capacitación en sistemas para predecir

emociones y resolver problemas (STEPPS, Black y Blum, 2017) y la psicoterapia centrada en la transferencia (TFP, Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999, 2006). Aunque estas terapias difieren en el planteamiento conceptual y en los métodos de tratamiento principales, no producen diferencias clínicamente significativas en el resultado (Bartak et al., 2007; Budge et al., 2014; Cristea et al., 2017; **Leichsenring** y Leibing, 2003; **Leichsenring**, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011; Mulder y Chanen, 2013). A veces se afirma que algunas terapias son superiores a otras. Por ejemplo, se dice que la TCE [Terapia Centrada en Esquemas] presenta menos abandonos y produce mejores resultados que la terapia centrada en la transferencia, TFP (Giesen-Bloo et al., 2006) pero las diferencias fueron muy reducidas, el tamaño de la muestra era limitado y se han planteado dudas sobre si ambas terapias se administraron de manera equiparable (Yeomans, 2007).

Además de la falta de evidencia sobre diferencias notables en la eficacia, las terapias especializadas no resultan más efectivas que la terapia de apoyo o la asistencia psiquiátrica general bien definida y manualizada. Por ejemplo, una comparativa entre la TFP, la TDC y el tratamiento dinámico de apoyo durante un año encontró escasas diferencias en múltiples medidas de resultado (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007); la TDC no es demostrablemente más efectiva que la gestión psiquiátrica general (McMain et al., 2009), la TBM no es significativamente mejor que la gestión clínica estructurada (Bateman y Fonagy, 2009), y la PCA no es significativamente mejor que una adecuada asistencia médica manualizada (Chanen et al., 2008). De manera similar, las comparativas entre las terapias especializadas y la terapia de apoyo no lograron encontrar diferencias en la efectividad: la terapia de apoyo produjo resultados similares a la TFT, la TDC (Clarkin et al., 2007) y la TBM (Jørgensen et al., 2013; Jørgensen et al., 2014).

La conclusión de los estudios de resultados muestra un panorama convincente. Los tratamientos para el trastorno de personalidad resultan moderadamente efectivos, pero no aparece como significativo qué tratamiento se aplique: las terapias especializadas, la adecuada asistencia médica y la terapia de apoyo producen resultados similares. Por lo tanto, no parece obtenerse nada del empleo de una terapia especializada: el factor relevante parece ser la aplicación de un enfoque estructurado (Critchfield y Benjamin, 2006) diseñado específicamente para el trastorno de personalidad. Estos hallazgos señalan la importancia de los mecanismos de cambio comunes a todas las terapias en contraposición a los mecanismos específicos de un enfoque determinado. Esto es consistente con las conclusiones de la psicoterapia, ya que de modo general demuestra que los resultados para el tratamiento de la mayoría de los trastornos mentales y problemas psicológicos son similares en todas las terapias (Beutler, 1991; Castonguay y Beutler, 2006a, b, Luborsky, Singer y Luborsky, 1975). Los hallazgos proporcionan una razón convincente para adoptar un enfoque transteórico que combina los elementos esenciales de todas las terapias efectivas.

LIMITACIONES DE LAS TERAPIAS ACTUALES

La investigación de resultados se ha centrado principalmente en la eficacia evaluada empleando criterios relativamente globales y, por lo tanto, dispone de información limitada sobre los cambios que producen estas terapias y qué disfunciones permanecen después del tratamiento. Sin embargo, parecen estar justificadas dos conclusiones generales. Primera, el cambio no ocurre de una manera uniforme sobre todos los aspectos de la patología de la personalidad. La terapia principalmente conduce a una mejoría sintomática, reducción de autolesión y disminución de ingresos hospitalarios, incluidos los asociados a problemas médicos. Segunda, después del tratamiento quedan deficiencias funcionales sustanciales (McMain et al., 2009; Kröger, Harbeck, Armbrust y Kliem, 2013) y el ajuste social, la calidad de vida y el funcionamiento general siguen siendo insuficientes (Cameron, Palm Reed y Gaudiano, 2014). Por ejemplo, McMain y sus colegas (2012) comprobaron que aunque la TDC y la gestión psiquiátrica general aportan una mejoría en un amplio rango de variables de resultado, el 53% de sus pacientes no estaban empleados ni escolarizados, el 39% recibían apoyo por discapacidad psiquiátrica después de 36 meses, y los participantes continuaron exhibiendo elevados índices de deterioro funcional. Un meta-análisis de Cristea y colegas (2017) concluyó que el cambio en los resultados fue moderado y no muy estable. Éstas son observaciones importantes que sugieren la necesidad de replantear cómo enfocamos el tratamiento de estos trastornos.

También se debe tener en cuenta que algunos criterios de resultado tienen además una relevancia clínica cuestionable. Por ejemplo, los estudios de resultados (y las investigaciones longitudinales) comúnmente se refieren a la “remisión diagnóstica”. Así, McMain y sus colegas (2012) señalaron que dos tercios de sus participantes lograron la remisión diagnóstica. El término “remisión” se emplea normalmente en medicina para describir la desaparición de signos o síntomas activos de una enfermedad. En las investigaciones de resultados y longitudinales, sin embargo, se emplea para referirse a casos que ya no cumplen con los criterios de diagnóstico del DSM. Por lo tanto, se consideraría que un paciente con trastorno límite de la personalidad que originalmente satisfacía las condiciones para ese diagnóstico y que después del tratamiento presenta características que coinciden con sólo cuatro criterios diagnósticos “remitía”, aunque mantuviera cuatro criterios: trastorno de identidad, relaciones inestables, labilidad afectiva y miedo al abandono. Como demuestran los estudios anteriores, los pacientes en “remisión” continuaban mostrando un ajuste social deficiente.

Aunque estos hallazgos se basan principalmente en estudios de la TDC (McMain et al., 2009; Kröger et al., 2013), también se encuentran en otras terapias (McMain, Guimond, Streiner, Cardish y Links, 2012). Sin embargo, el hecho de que persistan problemas residuales sustanciales después de la TDC resulta relevante ya que esta terapia es la terapia más ampliamente investigada y, a menudo, se considera el tratamiento de elección. Los resultados sugieren la necesidad de modelos

terapéuticos que sean más efectivos en el tratamiento del deterioro del ajuste social y de la patología intra e interpersonal. También debe prestarse atención a la mejora en la adhesión de pacientes: el alto índice de abandono reflejado en todos los tratamientos (Cameron et al., 2014) resulta preocupante porque aquéllos que interrumpen la terapia tienden a mantener los problemas (Karterud et al., 2003).

CONCLUSIONES

Los resultados similares en las terapias especializadas, la terapia de apoyo y la gestión médica general, la evidencia limitada de la eficacia, y el fracaso de la mayoría de las terapias para proporcionar el abanico de intervenciones necesarias para un tratamiento integral, sugieren que el tratamiento para el trastorno de personalidad todavía se encuentra en una fase inicial de desarrollo. Sin embargo, los estudios sobre terapias actuales resultan útiles para identificar principios que deberían incorporarse en la próxima generación de terapias. Por ejemplo, una conclusión similar en todas las terapias señala la importancia de los mecanismos de cambio comunes, lo que implica que el tratamiento basado en la evidencia debe organizarse en torno a estos mecanismos (Castonguay y Beutler, 2006; Critchfield y Benjamin, 2006; Livesley, 2003a, 2012; Meyer y Pilkonis, 2006). Esta conclusión se ajusta al *enfoque de factores comunes* para la integración de la psicoterapia (Arkowitz, 1989; Norcross y Grenca, 1989; Norcross y Newman, 1992; Stricker, 2010). Dado que estos mecanismos representan la mayor proporción de cambios en los resultados, existen poderosas razones para hacer de estos mecanismos la base de la terapia transteórica. Esta idea parece especialmente pertinente para tratar el trastorno de personalidad, porque el especial énfasis en los factores relacionales que conlleva un enfoque de factores comunes resulta especialmente pertinente para tratar un trastorno que se caracteriza por una disfunción interpersonal crónica (Livesley, Schroeder, Jackson, y Jang, 1994; Livesley, 1998, 2003b).

Aunque los mecanismos de cambio comunes forman la estructura básica del tratamiento integrado, no son suficientes. Un segundo enfoque para la integración de la psicoterapia es el *eclecticismo técnico* que emplea intervenciones eficaces de todas las terapias efectivas. Este enfoque también resulta pertinente para el trastorno de personalidad porque ayudaría a garantizar una cobertura completa de todos los componentes de la patología de la personalidad. Como se señaló anteriormente, aunque ninguna de las terapias actuales es integral, si se combinan, incluyen intervenciones que cubren la mayoría de las disfunciones de la personalidad. Este enfoque también aseguraría que todas las intervenciones efectivas se utilicen independientemente de su procedencia conceptual. Sin embargo, la implementación del tratamiento transdiagnóstico y transteórico requeriría cambios en la valoración diagnóstica y la construcción de un marco preliminar para conceptualizar y administrar el tratamiento. Éstos son los temas de las dos siguientes secciones.

3. VALORACIÓN DIAGNÓSTICA PARA EL TRATAMIENTO TRANSTEÓRICO

La terapia transdiagnóstica y transteórica precisa un enfoque diferente al de las terapias especializadas de cara a la valoración diagnóstica. En muchas terapias especializadas, todo lo que se necesita para implementar el tratamiento es la confirmación del diagnóstico de un trastorno específico, como el TLP, ya que el diagnóstico global determina en gran medida los métodos de tratamiento empleados. El tratamiento integrado requirió una evaluación más detallada debido a que las intervenciones abordan disfunciones específicas en vez de diagnósticos reales. Esto exige que cada diagnóstico se descomponga en elementos específicos. Esto se logró fácilmente utilizando el modelo de trastorno de personalidad de dos componentes descrito previamente. Con esta estructura, la valoración establece: (i) la presencia de un trastorno de personalidad y un nivel de gravedad; (ii) diferencias individuales en las dimensiones de la personalidad clínicamente significativas, incluidas las disfunciones en los ámbitos del funcionamiento de la personalidad (Livesley, 2017; Livesley y Clarkin, 2015; Clarkin, Livesley, y Meehan, 2018).

La cuestión diagnóstica esencial para planificar el enfoque general del tratamiento es si el individuo tiene un trastorno de personalidad y, de resultar cierto, cuál es su nivel de gravedad. La presencia de trastorno de personalidad determina las directrices generales del tratamiento y los principales métodos empleados, mientras que la gravedad influye en el relativo equilibrio entre las intervenciones centradas en el cambio y las intervenciones de apoyo/genéricas, además de la intensidad y dosificación de la terapia. En general, a mayor gravedad, se emplean intervenciones más genéricas y de apoyo, como se analizará más adelante, y un tratamiento menos intenso. La distinción entre intervenciones centradas en el cambio y las intervenciones de apoyo es similar a la distinción psicodinámica tradicional entre la terapia expresiva y la terapia de apoyo.

El diagnóstico de trastorno de personalidad generalizado se basa en las deficiencias del funcionamiento intra e interpersonal, un enfoque también adoptado por el DSM-5 y propuesto por el CIE-11. Para evaluar la patología del self, los factores a considerar son la presencia en el paciente de: (i) una rica variedad de esquemas y otros constructos para representar el self en oposición a un empobrecido sentido del self (ii) una estructura del self integrada, o fragmentada e inestable; (iii) capacidad de autocontrol frente a una dificultad para establecer y alcanzar metas (Livesley, 2003a; Livesley y Clarkin, 2015). La valoración de la gravedad (trastorno de personalidad frente a trastorno de personalidad severo) también se basa en estas características. La valoración de la disfunción interpersonal crónica, el segundo componente del trastorno de personalidad generalizado, se basa en la capacidad del paciente para mantener relaciones íntimas. Esta capacidad se determina fácilmente a partir de la información obtenida al elaborar un historial personal. Aquellos individuos con un trastorno menos severo, mantienen en general un historial de relaciones, aunque nunca parecen consolidarse; mientras que las

personas con un trastorno más severo muestran poca evidencia de relaciones duraderas o una tendencia a establecer relaciones complicadas y simbióticas. Al valorar la gravedad, se debe tener en cuenta que se refiere al nivel de deterioro de la personalidad, no al grado de angustia sintomática, ya que a menudo se confunden ambos.

Las diferencias individuales en el componente de patología de la personalidad dentro del modelo de dos componentes del trastorno de personalidad conllevan evaluar: (a) los rasgos de personalidad destacados del paciente; y (b) el deterioro en los diferentes ámbitos del funcionamiento de la personalidad. Aunque se han propuesto varios modelos de rasgos del trastorno de personalidad, un enfoque práctico para el tratamiento sugiere que resulta suficiente evaluar tres constelaciones de rasgos generales: la desregulación emocional (ansiedad, temor, apego inseguro, dependencia pasiva y aprensión social), comportamiento disocial (agresividad, impulsividad, búsqueda de sensaciones, insensibilidad, dominancia, desprecio por las normas sociales y culturales, y grandiosidad) y evitación social (escasa vinculación, expresión emocional restringida y autosuficiencia). Estas constelaciones se identifican de forma consistente en los análisis estadísticos de rasgos del trastorno de personalidad y se asemejan a los diagnósticos de los trastornos de personalidad límite, antisocial y esquizoide-evitativo en el DSM. También se asemejan a las dimensiones del modelo de cinco factores de neuroticismo, complacencia negativa e introversión, respectivamente. La evaluación de estas características generales es útil porque influyen en las opciones de tratamiento.

Clarkin y Livesley (2015) señalan que las distintas constelaciones de rasgos requieren alternativas de tratamiento algo diferentes. La evidencia empírica limitada sugiere que el resultado es mejor para las constelaciones emocionalmente inestable y disocial que para la constelación evitación social (Paris, 2003). Esto es consistente con el conocimiento clínico tradicional de que los trastornos límite y antisociales tienden a “agotarse” con la edad, y con una investigación sobre personalidad normal que demuestra que los individuos se vuelven con la edad menos reactivos, emocionales e impulsivos, y más responsables (Tickle, Heatherton y Wittenberg, 2001). Esto llevó a Clarkin y Livesley (2015) a proponer dos amplias vías de tratamiento: una vía común para los pacientes con desregulación emocional y rasgos disociales, al menos durante las primeras fases del tratamiento, y una vía diferente para los pacientes con rasgos socialmente evitativos.

La primera opción implica una fase de compromiso y contención inicial relativamente prolongada con una alta actividad del terapeuta para contener y resolver las emociones e impulsos inestables asociados con el suicidio, la autolesión deliberada, la violencia, la predisposición al *acting-out* y la agresividad. Una vez que se logra la contención y se resuelven las conductas de crisis, la atención se enfoca en el proceso relativamente dilatado de generar emociones y controlar impulsos. Aunque las deficiencias de autorregulación asociadas a estas constelaciones difieren, ambas implican una dificultad para la identificación de emociones, la

tolerancia emocional, la gestión de la ira, el control esforzado y la regulación emocional. Después de la mejoría emocional y el control de los impulsos, las vías de tratamiento de las dos constelaciones divergen. La vía de tratamiento para la constelación de desregulación emocional se centra en el conflicto interpersonal nuclear entre la dependencia y la inseguridad del apego, y el miedo al rechazo, mientras que la vía de tratamiento disocial se centra más en fomentar la empatía y el comportamiento pro social y en modular la prepotencia y la insensibilidad.

La vía propuesta para pacientes con emociones reprimidas y evitación social implica un énfasis más prolongado en la involucración y un nivel diferente de actividad terapéutica. El énfasis inicial se centra casi por completo en establecer contacto con el paciente y en construir una alianza de tratamiento operativa razonable con menor preocupación por la contención. El progreso a menudo es lento y depende de un enfoque no intrusivo para evitar originar un mayor retraimiento. A medida que la alianza progresa, resulta posible enfocarse gradualmente en desarrollar la tolerancia de las emociones y fomentar la consciencia emocional. Sin embargo, en muchos pacientes, el tratamiento supone en gran medida promover la aceptación de los rasgos clave de su personalidad y encontrar formas de apoyarles para utilizar estos rasgos de una manera más adaptativa, con el fin de ayudarles a construir un estilo de vida compatible con sus características básicas de personalidad.

Aunque la evaluación de rasgos es útil, el aspecto más importante de las diferencias individuales para el tratamiento integrado es la evaluación de los diferentes ámbitos de disfunción, ya que ésta es la base para seleccionar las intervenciones durante el tratamiento. Las disfunciones asociadas con el trastorno de personalidad son extensas e incluyen todos los aspectos del sistema de personalidad. Aunque estas disfunciones pueden describirse de diversos modos, los informes clínicos sobre la patología de la personalidad suelen referirse a cuatro amplios ámbitos de deterioro funcional:

1. Síntomas como disforia, autolesión, síntomas cuasi psicóticos, ira.
2. Problemas de regulación y modulación, incluida la dificultad para regular las emociones y los impulsos, y procesos metacognitivos alterados, lo que genera problemas de autorreflexión y control esforzado. Las deficiencias regulatorias se manifiestan como un control insuficiente de las emociones y los impulsos, que conduce a emociones inestables y comportamiento impulsivo como se observa en pacientes con desregulación emocional (límites) y patología disocial (antisociales), o exceso de control, que conduce a la restricción emocional como se observa en la patología de evitación social (esquizoide-evitativa y obsesivo-compulsiva).
3. Problemas interpersonales, incluida la dificultad para establecer relaciones, problemas de intimidad y apego, patrones interpersonales conflictivos y restringidos, relaciones inestables, prepotencia y desconsideración hacia los demás.

4. Deterioro de la identidad/self, que implica dificultades para regular la autoestima, autoesquemas inadaptados, un sentido inestable del self o de la identidad y un sistema del self mal desarrollado.

Estos ámbitos son suficientes para organizar las diversas disfunciones de un paciente de una manera que facilita la planificación y la administración del tratamiento (Livesley, 2003a, 2017). En general, cada ámbito es tratado con una serie diferente de módulos de intervención específicos. Por ejemplo, los síntomas pueden tratarse con medicamentos e intervenciones cognitivas específicas y los problemas en el ámbito de la regulación se tratan mejor con módulos cognitivo-conductuales que potencian las habilidades para la autorregulación emocional, tales como el reconocimiento de emociones, la tolerancia a la angustia y el control de la atención. Descomponer el trastorno de personalidad en ámbitos resulta útil a la hora de establecer una secuencia para tratar los diferentes componentes de la patología de la personalidad y, por lo tanto, para emplear módulos de intervención específicos. Los ámbitos difieren en estabilidad y en posibilidad de cambio con o sin tratamiento (Tickle et al., 2001). De este modo, el tratamiento puede organizarse como una secuencia en la que los ámbitos más versátiles se abordan primero ya que esto aumenta la probabilidad de progreso en los inicios de la terapia. Los síntomas son el ámbito más variable y tratable; muchos síntomas fluctúan de forma natural y muchos se resuelven al comienzo del tratamiento. Así, un enfoque inicial en la reducción de síntomas ayuda a construir la alianza y la motivación para el cambio. Las disfunciones regulatorias y moduladoras son más estables, pero también tienden a cambiar relativamente pronto en el tratamiento, como lo demuestran los resultados de los estudios de terapias cognitivo-conductuales. Esto sugiere que este ámbito debe abordarse una vez que se logra la estabilidad sintomática, una estrategia que es consistente con la investigación emergente, que refleja que la mejora en la regulación de las emociones resulta un componente crítico del cambio (Gratz, Levy y Tull, 2012; Gratz, Bardeen, Levy, Dixon-Gordon y Tull, 2015; McMain et al., 2013). La mayor estabilidad derivada de la mejoría sintomática y una autorregulación fortalecida, permiten una mejor atención al ámbito interpersonal. El ámbito más estable es el self/identidad, que parece cambiar con relativa lentitud. Dado que muchas intervenciones son específicas para un ámbito determinado de disfunción, la secuencia para abordar ámbitos ayuda a coordinar la implementación de intervenciones específicas.

4. MARCO DE PLANIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO TRANSTEÓRICO Y TRANSDIAGNÓSTICO

El tratamiento transdiagnóstico y transteórico puede ser administrado aplicando un encuadre al que mis colegas y yo nos hemos referido anteriormente como tratamiento modular integrado (TMI) (Livesley, 2017; Livesley, Clarkin y Dimaggio, 2015). El enfoque utiliza un conjunto ecléctico de intervenciones extraídas de todos los tipos de terapia, que se administran de forma coordinada y secuenciada. El TMI

tiene dos componentes principales: (i) módulos de intervención y (ii) un modelo descriptivo de cómo la patología de la personalidad se modifica durante la terapia.

Los módulos de intervención consisten en *módulos de tratamiento general* basados en mecanismos de cambio comunes a todas las terapias efectivas y *módulos de tratamiento específicos* que consisten en intervenciones extraídas de las diversas terapias especializadas para abordar disfunciones y problemas concretos. La distinción entre módulos generales y específicos es importante. Los módulos generales se emplean con todos los pacientes durante el tratamiento con el fin de crear la estructura básica de la terapia. A esta estructura se añaden módulos específicos según se considere necesario para tratar los problemas de pacientes individuales. Dado que los problemas tratados en la terapia cambian a medida que avanza la terapia, las intervenciones específicas utilizadas también se modifican a medida que ésta progresa. La distinción entre módulos generales y específicos implica que las intervenciones se organizan en una jerarquía. Las intervenciones necesarias para garantizar la seguridad del paciente y de los demás tienen prioridad. Una vez que la seguridad está garantizada, los métodos generales de tratamiento se emplean para promover la implicación, construir una alianza efectiva y establecer las condiciones para el cambio. Cuando se cumplen estas condiciones, se aplican intervenciones específicas según sea necesario para tratar el problema en cuestión.

El segundo componente del TMI, el *modelo de las etapas de cambio*, propone que el tratamiento generalmente progresa a través de cinco etapas: (i) seguridad, (ii) contención, (iii) regulación y modulación, (iv) exploración y cambio, e (v) integración y síntesis. Cada etapa aborda principalmente un ámbito diferente de la patología de la personalidad y, por lo tanto, cada una de ellas se asocia típicamente con un conjunto diferente de intervenciones específicas.

MÓDULOS DE TRATAMIENTO GENERAL

Las estrategias e intervenciones basadas en mecanismos de cambio comunes pueden conceptualizarse de diferentes maneras. Con el TMI, estas intervenciones se organizan en seis módulos de tratamiento general: (i) estructura, (ii) relación de tratamiento, (iii) consistencia, (iv) validación, (v) autorreflexión y (vi) motivación. Los primeros cuatro módulos se ocupan principalmente de establecer las condiciones dentro de la terapia que deben asociarse con resultados positivos, mientras que los otros módulos están más enfocados en promover las condiciones necesarias dentro del paciente para que se produzca el cambio.

Módulo 1: Establecer un Proceso de Tratamiento Estructurado: Un factor terapéutico importante asociado a los resultados positivos es la aplicación de un enfoque altamente estructurado basado en un marco conceptual claramente definido (Critchfield y Benjamin, 2006) que permite que la terapia se brinde de forma coherente y coordinada. Todos los tratamientos efectivos para el TLP enfatizan la importancia de un proceso estructurado basado en un modelo de tratamiento explícito y en un marco de tratamiento bien definido que consiste en el posiciona-

miento terapéutico y el contrato de tratamiento. El posicionamiento se refiere a los comportamientos, actitudes, responsabilidades y actividades interpersonales que determinan cómo el terapeuta se relaciona con el paciente. Con base en la evidencia actual, el TMI adopta un posicionamiento de apoyo, empático y validador (Livesley, 2003). Un ingrediente clave de la estructura es el contrato terapéutico establecido antes del tratamiento que define los objetivos de un tratamiento colaborativo y las disposiciones prácticas para la terapia.

Módulo 2: Establecer y Mantener una Relación de Tratamiento Colaborativo: Si hay un factor esencial para un tratamiento exitoso, es el establecimiento de una relación profesional colaborativa entre paciente y terapeuta (Smith, Barrett, Benjamin y Barber, 2006). Una relación de colaboración proporciona apoyo, genera motivación y predice resultado. En la mayoría de los pacientes con trastorno de personalidad, lleva tiempo y esfuerzo construir una relación verdaderamente colaborativa y, en muchos sentidos, la colaboración es más el resultado de un tratamiento efectivo que un requisito previo para ese tratamiento. Aunque una relación de colaboración es básica para abordar cualquier trastorno mental, tiene un significado adicional con el trastorno de personalidad porque las relaciones deficientes caracterizan ese trastorno y se debe prestar aún más atención a fomentar la alianza. Además, un enfoque constante en la alianza es conveniente para mantener la consistencia, proporcionar apoyo y validación, y desarrollar confianza. También proporciona un medio para cambiar los esquemas de inadaptación que conllevan desconfianza, abandono, rechazo, intimidad y control, que son una característica de la mayoría de los casos. Una buena relación y la sensación correspondiente de seguridad también promueven la apertura a nuevas ideas, reducen la rigidez característica del trastorno de personalidad (Fonagy y Lutyen, 2018) y generan la motivación intrínseca necesaria para el cambio (Ryan y Deci, 2000). Finalmente, una parte importante de la construcción y el mantenimiento de una alianza efectiva es la capacidad del terapeuta de supervisar esta alianza cuidadosamente e intervenir de inmediato cuando surgen problemas (Safran, Muran y Samstag, 1994; Tufekcioglu y Muran, 2015).

Módulo 3: Mantener un Proceso de Tratamiento Constante: Los resultados efectivos también dependen del mantenimiento de un proceso de tratamiento consistente. La consistencia se define simplemente como la adherencia al marco de la terapia. Ésta es la razón por la que el contrato de tratamiento resulta tan importante: proporciona un marco de referencia que ayuda al terapeuta a supervisar dicho tratamiento e identificar las desviaciones del marco tanto por parte del paciente como del terapeuta. Las vulneraciones del marco de referencia son relativamente comunes cuando se trata el trastorno de personalidad y es importante que se aborden con prontitud y de manera comprensiva.

Módulo 4: Promover la Validación: La validación se define como el reconocimiento, la aceptación y la afirmación de los estados mentales y las experiencias del paciente. Las intervenciones validadoras ofrecen una contribución importante

al tratamiento pues proporcionan la empatía y el apoyo necesarios para construir una alianza de colaboración. Al mismo tiempo, contrarrestan la forma de pensar auto-invalidante, que a menudo es interiorizada como consecuencia de las experiencias adversas de desarrollo.

Módulo 5: Potenciar el Autoconocimiento y la Autorreflexión: La mayoría de las terapias alientan a los pacientes a fomentar una mejor comprensión de cómo piensan, sienten y actúan, y a hacerse más conscientes de la conexión entre sus estados mentales y el comportamiento problemático. El alcance y la profundidad del autoconocimiento y la autocomprensión depende de la autorreflexión: la capacidad de pensar, y entender los estados mentales propios y de los demás. La autorreflexión deteriorada dificulta el desarrollo de aspectos importantes del self que se promueven al reflexionar en profundidad sobre los propios procesos mentales. La autorreflexión también subyace a la capacidad de autorregulación y a la acción efectiva dirigida a una meta.

Módulo 6: Generar y Mantener la Motivación para el Cambio: Un segundo factor interno del paciente, necesario para obtener resultados efectivos, es la motivación para el cambio. Los pacientes deben estar motivados para buscar ayuda y trabajar de forma consistente en sus problemas. Lamentablemente, la pasividad y la baja motivación son consecuencias comunes de la adversidad psicosocial. Por esta razón, la motivación no puede ser un requisito para el tratamiento. En cambio, los terapeutas necesitan adquirir habilidades para desarrollarla y hacer un amplio uso de las técnicas de motivación.

La implementación de los módulos generales implica que el tratamiento se organiza en torno a una sólida relación terapéutica caracterizada por el apoyo, la empatía, la consistencia y la validación. Se otorga en prioridad a la relación debido a los graves problemas que la mayoría de los pacientes han experimentado con las relaciones de apego y por sus dificultades constantes en las relaciones interpersonales. El objetivo es establecer un proceso de tratamiento que proporcione una experiencia terapéutica reparadora continuada para contrarrestar los efectos duraderos de la adversidad psicosocial. Éste es un aspecto importante de la terapia: el cambio se produce no sólo por las intervenciones de un tipo u otro sino también por la forma en que se organiza y brinda la terapia.

MODELO DE ETAPAS DEL CAMBIO

El curso general de tratamiento se divide en seguridad, contención, regulación y modulación, exploración y cambio, y las etapas de integración y síntesis con cada una de esas etapas abordando un ámbito diferente de problemas y disfunciones. Esta secuencia refleja la progresión natural que ocurre con la mayoría de los casos. La mayoría de los tratamientos generalmente comienzan centrándose en cuestiones de seguridad si el paciente presenta tendencias suicidas o autolesiones, seguido inmediatamente de atención a los síntomas asociados. A medida que la crisis inmediata se estabiliza y el paciente comienza a participar en el tratamiento, la

atención se dirige a los problemas con la regulación de las emociones y los impulsos, y el desarrollo de habilidades y estrategias necesarias para mejorar la autorregulación. Ante nuevos progresos, el enfoque se dirige a los problemas interpersonales y más tarde a la patología del self y la construcción de una vida digna de ser vivida. Esta secuencia sirve de guía para seleccionar intervenciones específicas. Un desafío para el tratamiento transteórico es coordinar la aplicación de una amplia gama de intervenciones específicas de diferentes procedencias teóricas sin que la terapia se vuelva confusa y desorganizada. El modelo de etapas del cambio resuelve este problema ya que cada fase aborda un ámbito diferente de disfunción y, por lo tanto, requiere diferentes módulos de intervención específicos. Las dos primeras etapas, seguridad y contención, se ocupan principalmente del dominio síntomas. La tercera etapa, control y modulación, continúa centrándose en la resolución de los síntomas, pero se ocupa principalmente de la desregulación de las emociones y de los impulsos, y del comportamiento suicida y autodestructivo asociado. La cuarta etapa, exploración y cambio, se enfoca principalmente en las disfunciones interpersonales empleando una gama más diversa de intervenciones, y la quinta etapa, integración y síntesis, se refiere al ámbito de la identidad.

La secuencia para abordar los ámbitos refleja en parte la prioridad clínica dada a los síntomas, incluida la ideación suicida y la autolesión, y en parte el grado en que los problemas asociados con un ámbito dado son susceptibles de cambio (Tickle et al., 2001). En general, la secuencia de síntomas, regulación y modulación, interpersonal e identidad/self refleja una mayor estabilidad de la patología de la personalidad y su resistencia al cambio.

Etapa 1. Seguridad: Los tratamientos que comienzan con pacientes en un estado de crisis descompensada generalmente se centran inicialmente en cuestiones relativas a la seguridad. Esto se logra principalmente al proporcionar estructura y apoyo. Las intervenciones son en gran parte genéricas y no específicas, brindando el apoyo y la estructura necesarios para mantener al paciente seguro hasta que la crisis se resuelva, aunque en algunos casos también se puede prescribir medicación.

Etapa 2. Contención: La etapa de seguridad es generalmente corta y progresa rápidamente y sin problemas hacia la contención, donde el objetivo es contener y resolver la inestabilidad emocional y conductual y restablecer el control del comportamiento. El objetivo es ayudar al paciente a regresar a su nivel de funcionamiento anterior a la crisis lo más rápido posible e involucrar al paciente en la terapia. Igual que con la etapa de seguridad, esto se logra a través del apoyo, la empatía y la estructura, complementado, si es necesario, con medicación. Las etapas de seguridad y contención componen lo que típicamente se describe como gestión de crisis.

Etapa 3. Regulación y Control: La resolución de la crisis suele ir acompañada de una mayor estabilidad y del comienzo de una relación de tratamiento efectiva. Estos progresos permiten que la terapia avance hacia un enfoque centrado en mejorar la desregulación emocional, disminución de la impulsividad y reducción de

los síntomas, incluida la autolesión deliberada, la ideación suicida, la ira descontrolada y las consecuencias del trauma. Las intervenciones específicas se aplican para: (i) proporcionar psicoeducación sobre las emociones y la desregulación emocional; (ii) incrementar la consciencia, la aceptación y la tolerancia de las emociones; (iii) mejorar la regulación emocional; y (iv) potenciar la capacidad de procesar emociones. Se enfatizan las intervenciones cognitivo-conductuales debido a la evidencia de la efectividad de estas intervenciones para reducir la autolesión deliberada y mejorar las habilidades de regulación emocional (Linehan et al., 1991), STEPPS (Blum et al., 2008; Black y Blum, 2017) y la TCC (Davidson et al., 2006; Evans et al., 1999). Sin embargo, el desarrollo de habilidades no se considera suficiente: asimismo es importante mejorar la capacidad de procesar las emociones de un modo más adaptativo. Si bien las intervenciones cognitivo-conductuales también resultan útiles para este propósito, generalmente deben complementarse con intervenciones que promuevan el funcionamiento metacognitivo y con métodos que ayuden a los pacientes a construir narrativas significativas sobre su vida emocional. Inevitablemente, este trabajo comienza abordando problemas interpersonales que están vinculados y a menudo desencadenan intensas reacciones emocionales y, de este modo, el tratamiento pasa gradualmente a la siguiente etapa.

Etapa 4. Exploración y Cambio: Esta etapa se ocupa principalmente de explorar y modificar los rasgos de personalidad que subyacen a los síntomas y las emociones desreguladas, especialmente problemas interpersonales. A menudo se presta atención a los esquemas intra e interpersonales asociados con emociones inestables, autolesiones deliberadas, ira y cólera. Este enfoque se extiende gradualmente hacia patrones conductuales interpersonales cruciales que varían según los rasgos de personalidad dominantes del individuo. En aquellos individuos con patrones de personalidad más desregulados emocionalmente esto generalmente implica una atención al conflicto entre la necesidad y el miedo al abandono y al rechazo, y las experiencias interpersonales que contribuyeron al desarrollo de este conflicto. El análisis de estos problemas normalmente genera una angustia considerable, por lo que el trabajo consistente sobre estos temas se pospone si es posible hasta que la regulación de la emoción mejore y el paciente pueda tolerar el estrés generado. En el caso de patrones más antisociales y disociales, se presta atención a los problemas interpersonales relacionados con la hostilidad y la agresión, los problemas con la empatía, el control y dominancia interpersonal, y la sensación de prepotencia. En todos los casos, el cambio se logra principalmente mediante la aplicación continuada de intervenciones cognitivas para explorar y reestructurar los esquemas inadaptados. Sin embargo, estos métodos generalmente necesitan ser complementados con otros métodos extraídos de la terapia interpersonal y psicodinámica, incluida la terapia basada en la mentalización (Bateman y Fonagy, 2004, 2006). Durante esta fase, la relación terapéutica se convierte en el medio principal para examinar y reestructurar los esquemas interpersonales que implican desconfianza, rechazo, abandono, autoagresión y vergüenza forjados por la adver-

sidad temprana. Al mismo tiempo, la relación con el terapeuta proporciona al paciente una nueva experiencia interpersonal que desafía muchos de los esquemas desadaptativos que han conformado su mundo interpersonal.

Etapa 5. Integración y Síntesis: La etapa final trata principalmente el ámbito relacionado con la propia identidad. En términos generales, el objetivo es ayudar a los pacientes a “conseguir una vida”. Esto implica desarrollar un guión de vida más adaptativo, crear un modo de vivir más satisfactorio y gratificante, y adquirir un propósito superior y el rumbo de sus vidas. Aunque sólo unos pocos pacientes llegan a esta etapa, todos los pacientes necesitan ayuda durante la terapia para crear un estilo de vida más favorable que les ayude a mantener los cambios que han realizado. En consecuencia, durante el tratamiento, los terapeutas deben ser conscientes de la importancia de ayudar a los pacientes a construir un área de confort personal que les permita expresar sus esperanzas y aspiraciones personales, talentos, intereses y atributos de personalidad, y evitar circunstancias y relaciones que activen sus conflictos y vulnerabilidades. Sin embargo, la formulación de una identidad más adaptativa es en gran medida la realización de la última fase del tratamiento que se hace posible como resultado de la resolución de problemas más preocupantes. Aunque resulta difícil construir una estructura del self coherente y existe escasa investigación empírica que ayude a identificar estrategias efectivas, la aplicación consistente de las estrategias terapéuticas generales juega un papel importante en el proceso al crear un ambiente de tratamiento que desafía los esquemas centrales y promueve la autocomprensión proporcionando retroalimentación constante y verídica. También establece una relación segura y de confianza que permite al paciente estar más abierto a la información novedosa y explorar nuevas posibilidades. Estos progresos son fundamentales para la propia evolución y para el empleo de métodos narrativos que posibilitan una historia propia más adaptativa.

Traducción: Angela Pérez Burgos

Referencias bibliográficas

- Arkowitz, H. (1989). The role of theory in psychotherapy integration. *Journal of Integrative and Eclectic Psychotherapy*, 8, 8-16.
- Bamelis, L. L. M., Evers, S. M. A. A., Spinhoven, P. y, Arntz, A. (2014). The results of a multicenter randomized controlled trial on the clinical effectiveness of schema therapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 171, 305-322.
- Bartak, A., Soeteman, D. I., Verheul, R. y Busschbach, J. J. V. (2007). Strengthening the status of psychotherapy for personality disorders: An integrated perspective on effects and costs. *Canadian Journal of Psychiatry*, 52, 803-810.

- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). *Mentalization-based treatment for borderline personality disorder*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based therapy versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1355–1364.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes?: Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 226–232.
- Black, D. W., Blum, (2017). *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Budge, S. L., Moore, J. T., Del Re, A. C., Wampold, B. E., Baardseth, T. P. y Nienhaus, J. B. (2014). The effectiveness of evidence-based treatments for personality disorders when comparing treatment-as-usual and bona fide treatments. *Clinical Psychology Review*, 34(5), 451–452.
- Cameron, A.Y., Palm Reed, K. y Gaudiano, B. A. (2014). Addressing treatment motivation in borderline personality disorder: Rationale for incorporating values-based exercises into dialectical behavior therapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 44, 109–116.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (2006a). Common and unique principles of therapeutic change: What do we know and what do we need to know? En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 353–369). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Castonguay, L. G. y Beutler, L. E. (Eds.). (2006b). *Principles of therapeutic change that work*. Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Clarkson, V. y McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 193, 477–484.
- Clarke, S., Thomas, P. y James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorders: A randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 202, 129–134.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928.
- Clarkin, J. F. y Livesley, W. J. (2015). Formulation and treatment planning. En W. J. Livesley, G. Diaggio y J. F. Clarkin (eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 80–100). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Livesley, W. J. y Meehan, K. B. (2018). Clinical assessment. En W. J. Livesley y R. Larstone (eds.), *Handbook of Personality Disorders* (pp. 367–393). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. (1999). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Wiley.
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E. y Kernberg, O. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Crawford, M. J., Koldobsky, N., Mulder, R. y Cottaux, P. (2011). Classifying personality disorder according to severity. *Journal of Personality Disorders*, 25, 321–330.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C. y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74, 319–328.
- Critchfield, K. L. y Benjamin, L. S. (2006). Integration of therapeutic factors in treating personality disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.), *Principles of therapeutic change that work* (pp. 253–271). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Davidson, K. (2008). *Cognitive therapy for personality disorders* (2nd ed.). Londres, Reino Unido: Routledge.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H. y Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: results from the BOScot trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450–429.
- Davidson, K. M., Tyrer, P., Tata, P., Cooke, D., Gumley, A., Ford, I., Walker, A., Bezljak, V., Seivwright, H., Robertson, H. y Crawford, M. J. (2009). Cognitive behaviour therapy for violent men with antisocial personality disorder in the community: An exploratory randomised controlled trial. *Psychological Medicine*, 39, 569–578.

- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. y Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 196, 389–395.
- Evans, K., Tyrer, P., Catalan, J., Schmidt, U., Davidson, K., Tata, P., Thronton, S., Barber, K. y Thomson, S. (1999). Manual-assisted cognitive-behavioral therapy (MACT): A randomized controlled trial of a brief intervention with bibliotherapy in the treatment of recurrent deliberate self-harm. *Psychological Medicine*, 29, 19–25.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2018). Attachment, mentalizing, and the self. En W. J. Livesley y R. Larstone (eds.), *Handbook of Personality Disorders* (pp. 123-140). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Homer, K. L. y Tull, M.T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 65, 29-35.
- Gratz, K. L., Levy, R. y Tull, M.T. (2012). Emotion regulation as a mechanism of change in an acceptance-based emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 26, 365-380
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilberg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremer, I., Nador, M. y Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused therapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649–658.
- Hyman, S. E. (2010). The diagnosis of mental disorders: the problem of reification. *Annual review of clinical psychology*, 6, 155-179.
- Jacobs, K. L. y Krueger, R. F. (2015). The importance of structural validity. En P. Zachar, D. Stoyanov, M. Aragona y A. Jablensky (eds.). *Alternative perspectives on psychiatric validation* (pp. 189-2000). Oxford, Reino Unido: Oxford University Press.
- Jørgensen, C. R., Bøye, R., Andersen, D., Døssing Blaabjerg, A. H., Freund, C., Jordet, H. y Mortern (2014). Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning. *Nordic Psychology*, 66, 254–273.
- Jørgensen, C. R., Freund, C. Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D. y Kjolbye, M. (2013). Mentalizing-based therapy versus psychodynamic supportive therapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127, 305–317.
- Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friss, S., Haaseth, O., Haavaldsen, G., Irion T., Leirvag, H., Torum, T. y Urnes, O. (2003). Day treatment of clients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17, 243–262.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., Bishop, G. K., Butterfield, M. I. y Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371–390.
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M. y Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51, 411–416.
- Leichsenring, F. y Leibing, E. (2003). The effectiveness of psychodynamic therapy and cognitive behavioural therapy in the treatment of personality disorders: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1223–1232.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S. y Lewke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, 377, 74–84.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K. y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs. therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Livesley W. J. (2003a). *Practical management of personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Livesley, W. J. (1998). Suggestions for a framework for an empirically based classification of personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 137-147.
- Livesley, W. J. (2003b). Diagnostic dilemmas in the classification of personality disorder. En K. Phillips, M. First y H. A. Pincus (eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153–189). Arlington, VA: American Psychiatric Association Press.
- Livesley, W. J. (2012). Moving beyond specialized therapies for borderline personality disorder: The importance of integrated domain-focused treatment. *Psychodynamic Psychiatry*, 40(1), 47–74.

- Livesley, W. J. (2017). *Integrated modular treatment for borderline personality disorder*. Cambridge, Reino Unido: Cambridge University Press.
- Livesley, W. J. (2018). Conceptual issues. En W. J. Livesley y R. Larstone (eds.), *Handbook of Personality Disorders* (pp. 3-24). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W. J. y Clarkin, J. F. (2015). Diagnosis and assessment. En W. J. Livesley, G. Diaggio y J. F. Clarkin (eds.), *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 51-79). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W. J. Diaggio, G. y Clarkin, J. F. (eds.) (2015). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp. 51-79). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Livesley, W. J., Schroeder, M. L., Jackson, D. N. y Jang, K. L. (1994). Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 6-17.
- Luborsky, L., Singer, B. y Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has one and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J. y Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650-661.
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L. Streiner, D. L. (2009). A randomized controlled trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatry management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- McMain, S., Links, P. S., Guimond, T., Wnuk, S., Eynan, R., Bergmans, Y. y Warwar, S. (2013). An exploratory study of the relationship between changes in emotion and cognitive processes and treatment outcome in borderline personality disorder. *Psychotherapy Research*, 23, 658-673.
- Meyer, B. y Pilkonis, P. A. (2006). Developing Treatments That Bridge Personality and Psychopathology. En R. F. Krueger y J. L. Tackett (eds). *Personality and psychopathology*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Mulder, R. y Chanan, A. M. (2013). Effectiveness of cognitive analytic therapy for personality disorders. *British Journal of Psychiatry*, 202, 89-90.
- Norcross, J. C. y Grencavage, L. M. (1989). Eclecticism and integration in counselling and psychotherapy: Major themes and obstacles. *British Journal of Guidance and Counselling*, 17, 117-247.
- Norcross, J. C. y Newman, J. C. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. En J. C. Norcross y M. R. Goldfried (eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-45). Nueva York, NY: Basic Books.
- Piper, W. E. y Joyce, A. S. (2001). Psychosocial treatment outcome. En W. J. Livesley (ed.), *Handbook of personality disorders: Theory, research, and treatment*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive analytic therapy and borderline personality disorder*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Ryle A y Kerr I. B. (2002). *Introducing Cognitive Analytic Therapy: Principles and Practice*. Chichester, Reino Unido: Wiley.
- Safran, J. D., Muran, J. C. y Samstag, L. N. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. En A. O. Horvath y L. S. Greenberg (eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 225-255). Nueva York, NY: John Wiley & Sons.
- Sanderson, C. y Clarkin, J. F. (2013). Further use of the NEO-PI-R personality dimensions in differential treatment planning. En T.A. Widiger y P.T. Costa (eds.), *Personality disorders and the five factor model of personality* (3rd ed., pp. 325-348). Washington, DC: American Psychological Association.
- Smith, T. L., Barrett, M. S., Benjamin, L. S. y Barber, J. P. (2006). Relationship factors in treating personality disorders. En L. G. Castonguay y L. E. Beutler (eds.). *Principles of therapeutic change that work* (pp.219-238). Nueva York, NY: Oxford University Press.
- Stricker, G. (2010). A second look at psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20, 397-405.
- Tickle, J. J., Heatherton, T. F. y Wittenberg, L.G. (2001). Can personality change? En W. J. Livesley (ed.), *Handbook of personality disorders*. Nueva York, NY: Guilford Press.
- Tufekcioglu, S. y Muran, J. C. (2015). A relational approach to personality disorder and alliance rupture. En W. J. Livesley, G. Dimaggio y J. F. Clarkin (eds.). *Integrated treatment for personality disorder: A modular approach* (pp.123-147). Nueva York, NY: Guilford Press.
- Verheul, R. y Widiger, T. A. (2004). A meta-analysis of the prevalence and usage of personality disorder not otherwise specified (PDNOS). *Journal of Personality Disorders*, 18, 309-319.
- Yeomans, F. (2007). Questions concerning the randomized trial of schema-focused therapy vs. transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 64, 609-610.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Nueva York, NY: Guilford Press.