

Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad

Ernesto Quiroga Romero y José Manuel Errasti Pérez*
Universidad de Almería y * Universidad de Oviedo

Se han propuesto muchos tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad, pero son escasos los estudios sobre su eficacia clínica. Tras la revisión efectuada, parece que al día de hoy no existe ninguna terapia psicológica eficaz, ni para los trastornos de la personalidad en general, ni para los distintos trastornos de la personalidad en particular. No obstante, para el trastorno límite de la personalidad, la terapia dialéctica cognitivo-conductual y la terapia de conducta clásica cuentan con avales empíricos suficientes como para ser consideradas como tratamientos psicológicos probablemente eficaces. Con todo, parece que los clínicos tratan globalmente los trastornos de la personalidad con terapias concretas predefinidas, cuando según Millon, por el contrario, la propia personalidad es la que debe guiar la terapia mediante la combinación de las diversas terapias existentes según las diversas características problemáticas de la personalidad del paciente.

Efficacious psychological treatments for personality disorders. There are many proposed psychological treatments for personality disorders, but there are few studies about its clinical efficacy. After our review, it seems that nowadays there is no «efficacious psychological therapy», neither for personality disorders in general, nor for the different personality disorders in particular. Nevertheless, for borderline personality disorder, the cognitive-behavioral dialectic therapy and the classical behavior therapy have enough empirical endorsement to be considered «probably efficacious psychological treatments». Even so, it seems that clinicians treat globally personality disorders with predefined concrete therapies, ignoring that Millon, on the contrary, proposed that personality itself must be the guide to the therapy through the combination of the diverse existing therapies according to the patient's problematical personality characteristics.

Los trastornos de la personalidad (TTPP, en adelante) han cobrado en los últimos años un lugar preponderante en la Psicología Clínica y en la Psiquiatría dada su alta incidencia en la población, tanto en su presentación aislada como cuando aparecen acompañados de forma comórbida con otros trastornos –según Roca y Bernardo (1998) la prevalencia global de todos estos trastornos se encuentra entre un 10% y un 13%. Es por ello que la demanda asistencial ha cambiado sensiblemente en los últimos tiempos, pasándose, en cierta medida, de tratar a pacientes con problemas muy espectaculares (psicosis, manías, depresiones complicadas con suicidio, etc.), a tratar ahora a personas que más bien tienen problemas interpersonales crónicos (Millon y Everly, 1985/1994; Echeburúa y De Corral, 1999).

A la hora de definir los TTPP es inevitable referirse a los principales sistemas diagnósticos vigentes en la actualidad, el DSM-IV (*Manual Diagnóstico y Estadístico de las Enfermedades Mentales*, APA, 1994/1995) y la CIE-10 (*Clasificación Internacional de las Enfermedades*, OMS, 1994), pues es un hecho institucional

positivo y sobresaliente que en ambas clasificaciones nosológicas de los trastornos psicopatológicos aparecen recogidos los TTPP. Dado el marcado solapamiento entre ambas clasificaciones de los TTPP, y dado el mayor grado de utilización académica y profesional alcanzado por el sistema DSM, en lo sucesivo nos referiremos a los distintos TTPP con las denominaciones en él recogidas.

Es suficientemente conocido que el DSM, ya desde su tercera versión (DSM-III, APA, 1980), está organizado según un sistema «multiaxial» en el que se distingue entre los trastornos del Eje I, o «síndromes clínicos», y los trastornos del Eje II, o «trastornos de la personalidad». Desde entonces, los TTPP no sólo son válidos por sí solos para efectuar un diagnóstico psicopatológico, sino que son propuestos como el contexto de desarrollo de los propios síndromes clínicos del Eje I, ya que éstos suelen ser bien una agudización de las características problemáticas ya presentes habitualmente en el paciente, bien un efecto colateral de las vulnerabilidades que la personalidad del paciente muestra, especialmente cuando se produce el impacto de algún tipo de situación adversa en su vida cotidiana (los estresores psicosociales del Eje IV).

Según el DSM-IV, un TP es «un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto».

Como se sabe, dicho patrón permanente de comportamiento problemático se encuentra desglosado a su vez en múltiples tipos, cuyas denominaciones y definiciones mínimas aparecen recogidas en la tabla 1.

Además de esos trastornos, el propio DSM-IV incluye también los trastornos pasivo-agresivo y depresivo, descritos en la Tabla 2, pero propuestos tan sólo para su investigación y posible proclamación como trastornos «oficiales» ya en futuras versiones del sistema DSM.

En todo caso, una vez hecha esta referencia a los sistemas de clasificación, es conveniente advertir que el concepto de TP y sus tipos responden a los planteamientos que viene defendiendo T. Millon a lo largo de su obra (por ejemplo, Millon, 1969/1976, 1990, 1999b; Millon y Everly, 1985/1994; Millon y Davis, 1995/1998; Millon y Escovar, 1996). Según este autor, artífice de la inclusión de los TTPP en el sistema DSM (Quiroga, 2000), los TTPP se caracterizan por una lógica dimensional y se entienden

como variantes activas o pasivas –según el grado de iniciativa del sujeto–, de determinados patrones de comportamiento interpersonal, cuyo carácter psicopatológico reside *en una tendencia a generar conflictos intra e interpersonales y a no resolverlos*. Este autor propone que los TTPP paranoide, esquizotípico y límite son agravamientos ya muy disfuncionales de los otros patrones, en principio más leves, como puede observarse en la Tabla 3, mientras que en el sistema DSM no se establece esta diferencia, de forma que estos trastornos aparecen como trastornos del mismo nivel, o paralelos, al resto de TTPP.

Como puede apreciarse, los TTPP son muchos, diversos, polémicos y su primera formulación se realizó hace ya unos 20 años, con lo que, en principio, parecería lógico que para estos trastornos se hubieran propuesto y ensayado muchos tratamientos psicológicos diversos. Y, en efecto, el panorama de los tratamientos psicológicos de los TTPP es amplio y abigarrado, aunque desigual para los distintos trastornos y ciertamente precario en sus resultados.

Tabla 1 Denominación y descripción de los trastornos de la personalidad según el DSM-IV	
Denominación	Descripción
Trastorno paranoide de la personalidad	Patrón permanente de desconfianza y suspicacia que hace que se interpreten maliciosamente las intenciones de los demás
Trastorno esquizoide de la personalidad	Patrón permanente de desconexión de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional
Trastorno esquizotípico de la personalidad	Patrón permanente de malestar intenso en las relaciones personales, distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento
Trastorno antisocial de la personalidad	Patrón permanente de desprecio y violación de los derechos de los demás
Trastorno límite de la personalidad	Patrón permanente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad
Trastorno histriónico de la personalidad	Patrón permanente de emotividad excesiva y demanda de atención
Trastorno narcisista de la personalidad	Patrón permanente de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía
Trastorno de la personalidad por evitación	Patrón permanente de inhibición social, sentimientos de incompetencia e hipersensibilidad a la evaluación negativa
Trastorno de la personalidad por dependencia	Patrón permanente de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado
Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad	Patrón permanente de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control
Trastorno de la personalidad no especificado	Categoría disponible para trastornos mixtos y para trastornos no incluidos en la clasificación, como el trastorno pasivo-agresivo de la personalidad, el trastorno depresivo de la personalidad u otros

Tabla 2 Denominación y descripción de los trastornos de la personalidad incluidos provisionalmente en el DSM-IV a modo de trastornos en estudio	
Denominación	Descripción
Trastorno pasivo-agresivo de la personalidad	Patrón permanente de actitudes de oposición abiertas o encubiertas (pasivas) ante las demandas adecuadas de rendimiento social y laboral
Trastorno depresivo de la personalidad	Patrón permanente de comportamientos, sentimientos y funciones cognoscitivas típicamente depresivos, como tristeza, abatimiento, baja autoestima, etc.

Tabla 3 Esquema sistemático de los trastornos de la personalidad según Milton					
	Retraído	Discordante	Independiente	Dependiente	Ambivalente
ACTIVO	Evitativo	Sádico	Antisocial	Histriónico	Pasivo-Agresivo
PASIVO	Esquizoide / Depresivo	Masoquista	Narcisista	Dependiente	Compulsivo
Variante disfuncional	Esquizotípica	Paranoide / Límite	Paranoide	Límite	Límite / Paranoide

Definición y valoración de los tratamientos de los TTPP

Para la realización de este trabajo se ha procedido a una revisión de la literatura existente sobre los tratamientos psicológicos de los TTPP; más concretamente de aquellos estudios empíricos sobre dichos tratamientos en los que se ofreciera algún tipo de dato sobre su eficacia. Se han propuesto muchos y muy diversos tratamientos de los TTPP –pueden consultarse, por ejemplo, en Caballo (1998), Ruiz (1998) o Gunderson y Gabbard (2000)–, pero las investigaciones rigurosas sobre sus efectos clínicos reales son escasas, dispersas o asistemáticas, y en muchas ocasiones precarias, pues los estudios publicados no siempre cumplen las necesarias condiciones de diseño y de control como para ser considerados aceptables a la hora de calificar como positivamente probada la eficacia de una determinada terapia, o cuanto menos como tratamiento de eficacia probable.

Resulta pertinente referirse en este momento a otras revisiones sobre los tratamientos psicológicos de los TTPP. En ellas se manejan aproximadamente los mismos trabajos empíricos sobre los tratamientos que aquí se van a referir, pero sus conclusiones no siempre son las mismas a las que llegamos nosotros a partir de los criterios de eficacia marcados por *Psicothema* (Fernández Hermida y Pérez Álvarez, 2001) y a partir de nuestro entendimiento del fenómeno de los TTPP. En concreto, las revisiones de Sanislow y McGlashan (1998), Perry, Banon y Ianni (1999), Gabbard (2000) y Perry y Bond (2000), concluyen fundamentalmente que, en contra de la opinión general sobre la dificultad de tratar con éxito los TTPP, sí que existen tratamientos válidos para estos trastornos. Esta conclusión es, a nuestro juicio, excesivamente optimista; tanto como laxos son sus criterios para valorar la eficacia de un tratamiento, que básicamente consisten en recoger los resultados empíricos positivos ofrecidos aunque sea en un solo estudio y tenga el diseño que tenga. Además de estas revisiones, también existe otra realizada en España por Echeburúa y De Corral (1999), y en este caso nuestra opinión sí está próxima a sus moderadamente optimistas conclusiones sobre el estado de la cuestión revisada –más adelante retomaremos algunas de estas conclusiones para «dialogar» con ellas.

Tratamientos psicológicos de los TTPP bien establecidos como eficaces

A la luz de la revisión bibliográfica realizada –cuyo esquema de tratamientos para los TTPP en general y en particular está representado en las tablas 4 a 10–, y según los criterios utilizados por los editores de *Psicothema* en este monográfico, el resultado es que, a día de hoy, el panorama de los tratamientos psicológicos de los TTPP presenta una gran precariedad. De hecho, *no parece estar todavía demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse «bien establecido», ni para los TTPP en general, ni para ninguno de los diversos TTPP en particular. Y ello porque los estudios existentes son poco numerosos, heterogéneos en su orientación teórica, dispersos entre los distintos TTPP y metodológicamente mejorables* –por ejemplo, mediante comparaciones sistemáticas con grupos de control, placebos o con otros tratamientos.

Esta primera afirmación que realizamos a raíz de nuestra investigación puede parecer pesimista, pero es muy semejante a la conclusión que en fechas muy recientes han publicado Echeburúa y De Corral (1999) en su revisión sobre los tratamientos cogniti-

vo-conductuales de los TTPP, cuando afirman que «todavía no hay resultados claros acerca de la eficacia de estos programas». En todo caso, no obstante esa falta general de estudios empíricos sobre la eficacia de las terapias y su fragmentación, sí hay algunos tratamientos psicológicos de los TTPP cuyos estudios clínicos publicados conducen a considerarlos como «probablemente eficaces» en función de los criterios que estamos manejando.

Tratamientos psicológicos de los TTPP probablemente eficaces

Aplicando esos criterios a la literatura existente, hemos de afirmar que, a día de hoy, *no parece existir ningún tratamiento psicológico de los TTPP que sea «probablemente eficaz» para todos estos trastornos en su conjunto*. Sin embargo, sí podrían valorarse como «probablemente eficaces» algunos tratamientos psicológicos para un TP en concreto, el TP límite (*borderline*): la terapia cognitivo-conductual dialéctica y la terapia de conducta.

De ellos, sin lugar a dudas, *el tratamiento mejor estudiado y sobre el que existen más datos de eficacia clínica positiva es la terapia cognitivo-conductual dialéctica de M. M. Linehan* (Linehan 1993; Aramburu, 1996), que es una terapia específicamente dedicada al TP límite –cuanto menos para algunos aspectos especialmente problemáticos de dicho trastorno, como los comportamientos suicidas y autolíticos o la inestabilidad afectiva–. La propia autora asegura que su terapia es eficaz (Waltz y Linehan, 1999), apoyándose para ello en diversos datos sobre los efectos clínicos obtenidos. No obstante, a la hora de aplicar en el momento presente los criterios de «eficacia establecida» y de «eficacia probable» que marca *Psicothema*, tan sólo se puede afirmar que *la terapia dialéctica cognitivo-conductual es un tratamiento «probablemente eficaz»*, por cuanto que sus mejores estudios clínicos no llegan a satisfacer los criterios de «eficacia bien establecida» aquí utilizados. En efecto, hasta donde conocemos, la terapia dialéctica cuenta hoy por hoy con seis publicaciones con datos empíricos, tal y como se muestra en la Tabla 4.

En tres de ellos se afirma que dicha terapia arroja mejores resultados que el tratamiento psiquiátrico habitual: (i) Linehan, Armstrong, Suárez, Allmon y Heard (1991), mediante un diseño con asignación aleatoria de 44 sujetos internos a dos grupos para la comparación de la terapia dialéctica con el tratamiento psiquiátrico usual, afirman que la terapia dialéctica ofrece mejores resultados tanto en la modificación de conductas problemáticas (suicidio, conductas autolíticas, mejora del ajuste social, etc.) como de los síntomas propios de los criterios del TP límite; (ii) Linehan, Heard y Armstrong (1993), en un estudio similar al anterior, asignan 39 sujetos internos a dos grupos de tratamiento, uno con terapia dialéctica y otro con el tratamiento psiquiátrico tradicional, obteniendo una confirmación de los resultados anteriores; (iii) Koerner y Linehan (2000), al igual que en los dos primeros estudios referidos, mediante un diseño de comparación entre grupos comprueban que la terapia dialéctica obtiene resultados superiores a los resultados del grupo de comparación tratado con la terapia psiquiátrica habitual.

Todos estos estudios, aunque prometedores, están realizados por la propia Linehan, cuando según el primer criterio referido para la «eficacia bien establecida» sería necesario que hubiera al menos dos grupos de investigadores distintos, de modo que sólo se cumple el segundo criterio de eficacia probable. Por añadidura, para vetar (y muy seriamente, pues el veto recién expuesto puede parecer un tanto formalista) la calificación de esta terapia como de-

finitivamente eficaz, cabe alegar aquí también que los cambios conductuales obtenidos por Linehan mediante su terapia dialéctica del TP límite no afectan a las conductas más definitorias del propio TP límite (los síntomas típicos recogidos en los sistemas de clasificación), sino a comportamientos extremos, tales como las conductas autolíticas o de suicidio, que no son los más representativos del problema –estaríamos así de acuerdo con Sanislow y McGlashan (1998) cuando señalan que en la mayor parte de los tratamientos para los TTPP, incluida la terapia dialéctica para el TP límite, se consigue cambiar tan sólo algunos de los aspectos más graves de cada caso, pero no tanto las conductas definitorias del trastorno.

En todo caso, la terapia dialéctica cuenta todavía con otro trabajo en el que Shearin y Linehan (1994) presentan datos de dos estudios empíricos, uno de ellos con 44 sujetos y otro con 19, en los que se compara la eficacia del tratamiento mediante terapia dialéctica más terapia de aceptación y compromiso con la terapia de aceptación y compromiso por sí sola. El resultado es que la terapia dialéctica añadida a la terapia de aceptación y compromiso produce más mejoría que la terapia de aceptación y compromiso, sobre todo en los comportamientos problemáticos relativos al suicidio. Este trabajo no cambia las conclusiones anteriores, pues siguen estando presentes tanto la limitación de un solo grupo de investigadores (Linehan y sus diversos colaboradores) como la referida al cambio de las conductas más problemáticas en vez de las más representativas.

Además, hay otras dos publicaciones en las que se ofrecen informes del proceso de tratamiento clínico de una muestra no muy amplia de casos. Shearin y Linehan (1992) informan de 4 casos clínicos (sin ningún tipo de comparación) tratados con terapia dialéctica, y afirman que mejoran notablemente los comportamientos problemáticos (de nuevo, intentos de suicidio, autolisis, petición de asistencia médica, etc.). Por su parte, otros investigadores, Simpson *et al.* (1998), ofrecen un informe «anecdótico» (igualmente sin grupo de comparación) del proceso de 12 casos clínicos hospitalizados que mejoran en sus conductas de tipo límite mediante una terapia

dialéctica tanto individual como en grupo –este último aspecto, tratamiento individual o en grupo, es una novedad de estos autores, pues en el resto de estudios capitaneados por Linehan la terapia dialéctica siempre se aplicaba de manera individual.

Como es obvio, estos informes (al no ser una muestra amplia y al no haber grupos de control o de comparación) no cumplen el segundo criterio de «eficacia bien establecida», respetando a duras penas el cuarto criterio de «eficacia probable», puesto que en estos dos informes simplemente se informa del proceso de diversos casos sometidos a la terapia dialéctica en los que no se aplica la metodología experimental y controlada propia de los buenos diseños de caso único. En definitiva, con todos estos azares, hoy por hoy, la terapia cognitivo-conductual dialéctica llega tan sólo a ser una terapia de «eficacia probable» del TP límite.

Por su parte, a pesar de contar con muy pocos datos publicados, la tradición más ortodoxa de la terapia de conducta también podría considerarse como «tratamiento psicológico probablemente eficaz» del TP límite, pues cumple el criterio referido a la existencia de una muestra reducida de buenos diseños de caso único. En la Tabla 5 encontramos sendos diseños de caso realizados con la metodología adecuada y que muestran cómo se modifican algunas conductas problemáticas importantes (de nuevo, autolesiones, comportamiento manipulativo, comportamiento suicida, modulación de la expresión del afecto, etc.): (i) Bloxham, Long, Alderman y Hollin (1993) informan de un tratamiento exitoso mediante técnicas conductuales (refuerzo positivo y negativo, economía de fichas y tiempo fuera) de la conducta de ayuno y autolesiva de un paciente psiquiátrico internado diagnosticado de TP límite, a la vez que afirman que este tratamiento obtiene mejor resultado que la terapia de grupo habitual que utilizan como comparación; (ii) Kush (1995) publica un caso clínico exitoso con comportamientos suicidas tratados conductualmente mediante extinción, y problemas de autocontrol emocional tratados con reforzamiento. Con todo, cabría hacer aquí la misma crítica que se hizo a la terapia dialéctica: principalmente se modifican conductas muy problemáticas, pero no el TP límite en sí mismo.

Tabla 4
Estudios empíricos sobre la terapia dialéctica conductual del trastorno límite de la personalidad

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno límite (<i>borderline</i>)	Terapia cognitivo-conductual dialéctica	Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard (1991) Shearin y Linehan (1992) Linehan, Heard y Armstrong (1993) Shearin y Linehan (1994) Simpson, Pistorello, Begin, Costello, Levinson, Mulber y Pearlstein, Rosen y Stevens (1998) Koerner y Linehan (2000)

Tabla 5
Estudios empíricos sobre la terapia de conducta del trastorno límite de la personalidad

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno límite (<i>borderline</i>)	Terapia de conducta	Bloxham, Long, Alderman y Hollin (1993) Kush (1995)

Hay otro trastorno, el TP por evitación, sobre la que existen varios estudios publicados acerca de su tratamiento, recogidos en la Tabla 6, y que nos llevarían a afirmar que la terapia de conducta mediante entrenamiento en habilidades sociales y exposición gradual es «probablemente eficaz» para el tratamiento de este trastorno.

Un primer grupo de investigadores presenta tres estudios similares en los que se explora el entrenamiento en habilidades sociales: (i) Stravynsky, Belisle, Marcouiller, Lavallee y Elie (1994) repartieron aleatoriamente a 28 sujetos con TP evitativo en dos grupos, uno de entrenamiento en habilidades sociales sólo en contexto clínico, y otro de entrenamiento en habilidades sociales en contexto clínico más entrenamiento en habilidades sociales en contextos reales de la vida cotidiana, obteniendo mejorías en el funcionamiento social de los pacientes de ambos grupos por igual, por lo que el entrenamiento en habilidades sociales en contextos clínicos resultaría ser una terapia más eficiente. Estos autores disponen de otros dos estudios similares, pero realizados con anterioridad y que no recogen el diagnóstico formal de TP por evitación, sino sólo sujetos que presentaban dificultades sociales (timidez, evitación de relaciones, etc.); (ii) Stravynski, Marks y Yule (1982) distribuyen aleatoriamente en dos grupos a 22 sujetos con dificultades en la relación social, uno de entrenamiento en habilidades sociales y otro de entrenamiento en habilidades sociales más modificación cognitiva; los resultados fueron similares para los dos grupos puesto que mejoró el funcionamiento social de los sujetos, con lo que la modificación cognitiva no añadió nada al tratamiento, siendo sin embargo útil el componente común, el entrenamiento en habilidades sociales; (iii) Stravynski, Grey y Elie (1987) informan del proceso de tratamiento de 22 sujetos con dificultades sociales a los que se les trata con un paquete de técnicas conductuales combinadas (refuerzo positivo, extinción, etc., todas ellas para entrenar conductas de habilidad social), obteniendo en la mayoría de los pacientes un mejor desempeño en la relación social, pero sólo con ligeras modificaciones en las conductas básicas de miedo y evitación del contacto interpersonal.

Con estos datos se puede afirmar que este tipo de tratamiento es «probablemente eficaz» para el TP por evitación, si bien está por demostrar que verdaderamente se modifiquen las conductas definitorias del mismo (según los criterios diagnósticos de los sistemas de clasificación), aunque parece evidente que sí mejora el funcionamiento social de estos pacientes.

Dentro de la terapia de conducta hay otro grupo de investigadores que se han dedicado al TP evitativo, pero esta vez tratándolo básicamente con la técnica de la exposición gradual, proporcionando sin embargo datos empíricos contradictorios en dos publicaciones, recogidas en la Tabla 6; (i) Cappe y Alden (1986) asig-

nan aleatoriamente 52 sujetos con TP evitativo a un grupo de control (lista de espera) y a dos grupos de tratamiento, uno con exposición gradual y otro con entrenamiento en habilidades sociales, llegando a la conclusión de que ambos tratamientos mejoran las conductas respecto del grupo de control, aunque el entrenamiento combinado de ambas técnicas proporciona mejores resultados que la exposición gradual por sí sola; sin embargo, (ii) Alden (1989) reparte aleatoriamente 76 sujetos psiquiátricos en un grupo de control (lista de espera) y en tres condiciones de tratamiento, exposición gradual, habilidades sociales y la suma de ambos, encontrando que los tres grupos tratados arrojan resultados mejores en la capacidad de relación social que el grupo de control, obteniéndose los mejores resultados con la exposición gradual sola, sin que la suma del entrenamiento en habilidades sociales añada nada a la eficacia terapéutica; con todo, la autora reconoce que la mejoría de estos sujetos no les permitió el llevar una vida normal fuera de la institución de internamiento, y que a largo plazo los resultados apenas se mantuvieron.

Como puede apreciarse, este último artículo cuestiona la eficacia del entrenamiento en habilidades sociales que los estudios anteriores parecían avalar. El estado de la cuestión de la eficacia de la terapia de conducta para el TP evitativo no está, por tanto, ni mucho menos resuelto, pero los datos disponibles permiten afirmar que dicha terapia es «probablemente eficaz», tanto por lo que toca al entrenamiento en habilidades sociales, como en la exposición gradual, ya que en ambos casos se cuenta con datos de mayor eficacia relativa respecto de otro tratamiento, si bien provenientes de un solo grupo de investigadores. De todas formas, un serio problema de estas terapias del TP evitativo es el escaso grado de modificación obtenida en las conductas sintomáticas propias del trastorno, así como en su pobre mantenimiento a largo plazo.

Tratamientos psicológicos de los TTPP en fase experimental

Por último, según las indicaciones de *Psicothema*, hay que considerar una tercera categoría, «tratamientos en fase experimental», para aquellos tratamientos psicológicos que cuenten con indicios experimentales prometedores de que pueden alcanzar eficacia probada en el futuro. En consecuencia, se han incluido en esta categoría aquellos tratamientos de los que se ha publicado algún dato experimental favorable, pero que bien por escasez de los datos, bien por problemas metodológicos de algún tipo, no alcanzan los criterios de «eficacia probada» ni de «eficacia probable». El estado actual de los tratamientos psicológicos de los TTPP es tan disperso y precario, tan lleno de tratamientos propuestos con muy pocos datos de resultados clínicos obtenidos frecuentemente mediante estudios

Tabla 6
Estudios empíricos sobre el tratamiento conductual del trastorno por evitación de la personalidad

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno por evitación	Tratamiento conductual de entrenamiento en habilidades sociales	Stravynski, Marks y Yule (1982) Stravynski, Grey y Elie (1987) Stravynski, Belisle, Marcouiller y Lavallee (1994)
	Tratamiento conductual de exposición gradual	Cappe y Alden (1986); Alden (1989)

asistemáticos, que, ateniéndonos a los criterios de este monográfico, la inmensa mayoría de las propuestas de tratamiento habrían de ser incluidas en esta categoría: «tratamientos psicológicos en fase experimental», tanto para los tratamientos de los TTPP en general, como para los tratamientos de TTPP específicos.

Comenzaremos por exponer el panorama de los estudios existentes sobre los TTPP en general. Como puede apreciarse en la Tabla 7, hay escasos estudios sobre tratamientos aplicados a la personalidad trastornada en su conjunto –es decir, abarcando a todos los tipos de TTPP–, siendo que encontramos más trabajos empíricos sobre tratamientos de tipo psicodinámico que sobre tratamientos cognitivo-conductuales.

En efecto, si el panorama de los estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos de los TTPP en general es precario, mucho más lo es el escaso abanico de estudios sobre tratamientos cognitivo-conductuales de los mismos, pues apenas hay publicados 3 estudios al respecto, lo cual lleva a afirmar que están, como mucho, «en fase experimental»: (i) Pretzer (1998) se limita a afirmar la eficacia del enfoque cognitivo-conductual estándar –es decir, del tipo de la terapia cognitiva de Beck y Freeman (1992/1995)–, aportando para ello informes anecdóticos de diversos casos clínicos, sin comparaciones, ni controles, ni metodología experimental; (ii) Young y Behary (1998) hacen otro tanto con la terapia centrada en los esquemas (*schema-focused therapy*), propuesta por el propio Young (1990) como una variante de la terapia cognitiva de Beck, de modo que tampoco en este caso esta terapia cognitivo-conductual presenta avales empíricos relevantes; (iii) Springer, Lohr, Buchtel y Silk (1995) presentan un estudio empírico sobre el tratamiento cognitivo-conductual de 31 sujetos internos con diversos TTPP, distribuyéndolos en un grupo de comparación en el que simplemente se discutía sobre cómo debería ser una

vida feliz, y en un grupo de tratamiento cognitivo-conductual de entrenamiento en habilidades de afrontamiento, no encontrando diferencias significativas entre los resultados de ambos grupos.

Hasta donde conocemos éstos son todos los estudios generales sobre tratamientos cognitivo-conductuales de todos los diversos TTPP que existen. Se podrían haber incluido, sin duda, los numerosos textos que proponen terapias y que las ilustran con ejemplos de casos clínicos, como Beck y Freeman (1992/1995), Safran y Mcmain (1992), Benjamin (1993) o Wessler (1993a, 1993b), pero nos parece que estos casos clínicos no serían más que ilustraciones iniciales de las terapias propuestas. En todo caso, sí hemos incluido los casos clínicos anecdóticos recogidos por Pretzer (1998) y por Young y Behary (1998) por cuanto que pueden considerarse experiencias clínicas resultantes de la aplicación de esas propuestas iniciales.

Por otro lado, como se decía, hay toda una serie de estudios empíricos sobre tratamientos psicodinámicos de los TTPP en general, aunque con escasa homogeneidad entre ellos, de modo que no es posible considerarlos aditivamente, sino por separado a la hora de valorar la eficacia clínica de estos tratamientos, con lo que, a lo sumo, todos ellos sólo pueden ser valorados como tratamientos «en fase experimental».

Bearhrs, Butler, Sturges y Drummond (1992) publican un estudio acerca de la terapia estratégica del yo, en el que 66 pacientes son distribuidos en dos grupos de tratamiento (sin grupo de control), uno con dicha terapia estratégica del yo, y el otro con psicoterapia dinámica clásica, resultando de la comparación que en ambos casos se obtienen resultados similares. A pesar de ello, los autores afirman que la terapia estratégica del yo es menos costosa que la psicoterapia psicoanalítica, y que en consecuencia debe ser elegida antes que ésta. En cualquier caso, tampoco pasa de ser un tratamiento psicológico de los TTPP «en fase experimental».

Tabla 7
Estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos de los trastornos de la personalidad en general

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastornos de la personalidad en general	Terapia cognitivo-conductual	Pretzer (1998)
	Terapia cognitiva basada en los esquemas	Young y Behary (1998)
	Terapia cognitivo-conductual breve en grupo (habilidades de afrontamiento)	Springer, Lohr, Buchtel y Silk (1995)
	Terapia estratégica del yo	Beahrns, Butler, Sturges y Drummond (1992)
	Psicoterapia intensiva (relaciones objetales y psicología psicodinámica del yo)	Monsen, Odland, Faugli y Daas (1995)
	Psicoterapia dinámica breve	Pollack, Winston, McCullough, Fleg enheimer y Winston (1990)
		Winston, Pollack, McCullough, Fleg enheimer, Kestenbaum y Trujillo (1991)
		Winston, Laikin, Pollack, Samstag, McCullough y Muran (1994)
	Terapia psicoanalítica breve en grupo	Piper, Rosie, Azim y Joyce (1993)
Piper, Rosie, Joyce y Hassan (1996)		
Terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual en grupo	Wilberg, Karterud, Urnes, Pedersen y Friis (1998)	
	Wilberg, Urnes, Friis, Irion, Pedersen y Karterud (1999)	

Monsen, Odland, Faugli y Daas (1995) informan de los efectos de la terapia psicodinámica del yo en 25 pacientes ambulatorios afectados de psicosis y de diversos TTPP, obteniendo cierta mejora en sus pacientes. Se trata de un simple informe del proceso de la terapia, sin grupos de comparación ni de control, con lo que en el mejor de los casos este tratamiento sólo puede ser considerado «en fase experimental».

Sobre la psicoterapia dinámica breve existen tres publicaciones con datos empíricos en los que las variables dependientes se evaluaron a través de autoinformes: (i) Pollack, Winston, McCullough, Flegenheimer y Winston (1990) asignan aleatoriamente a 31 sujetos a un grupo control de lista de espera y a un grupo de tratamiento con psicoterapia breve adaptativa (*brief adaptational psychotherapy*), encontrando que los pacientes mejoran notablemente en el grupo de tratamiento; (ii) Winston, Pollack, McCullough, Flegenheimer, Kestenbaum y Trujillo (1991) asignan 32 sujetos a dos grupos de tratamiento, cada uno de ellos caracterizado por una variante de la psicoterapia dinámica breve, la *short-term dynamic psychotherapy* o la *brief adaptational psychotherapy*, y a otros 17 sujetos a un grupo de control en lista de espera, resultando que las dos terapias arrojan resultados positivos semejantes entre ellas y superiores a los del grupo de control (los TTPP tratados fueron sobre todo el compulsivo, el evitativo, el dependiente, el pasivo-agresivo y el histriónico); (iii) Winston, Laikin, Pollack, Samstag, McCullough y Muran (1994) repiten la experiencia anterior, esta vez con 81 pacientes, obteniendo de nuevo resultados positivos y semejantes para ambas modalidades de terapia psicodinámica breve, superiores a los resultados del grupo de control. En resolución, estos tres estudios a favor de la psicoterapia dinámica breve no pueden llevarnos a considerar a esta terapia más que como «en fase experimental» por cuanto que, a pesar de haberse empleado grupos de control, no se ha comparado esta terapia más que consigo misma (unas variantes con otras), con lo que no ha mostrado su eficacia diferencial respecto de otros tratamientos.

La terapia psicoanalítica breve en grupo cuenta con dos estudios empíricos sobre su grado de eficacia: (i) Piper, Rosie, Azim y Joyce (1993) ofrecen datos sobre la superior eficacia de la terapia psicoanalítica por comparación con grupos de control, empleando para ello a 60 pacientes psiquiátricos con diversos TTPP, y registrando una mejoría en sólo 7 de las 17 variables dependientes: disfunción social, disfunción familiar, comportamiento interpersonal, estado de ánimo, satisfacción con la vida, autoestima y tolerancia a la frustración; (ii) Piper, Rosie, Joyce y Hassan (1996) realizan otro estudio con 120 sujetos diagnosticados de distintos TTPP, a los que se distribuye en un grupo de terapia psicodinámica en grupo y en otro grupo acoplado de control, obteniendo mejorías en el grupo de tratamiento muy superiores a las del grupo acoplado de control, aunque relativas a indicadores como los del estudio anterior, sin lograr grandes modificaciones en las conductas definitivas de los trastornos. Este estudio es el único que hemos encontrado a lo largo de nuestra revisión en el que el grupo de control es un grupo acoplado, lo cual es un indicador muy positivo de la calidad del estudio y una notable excepción digna de ser resaltada. Podría pensarse que la presencia de estos dos estudios satisface el primer criterio de tratamientos de «eficacia probable», pero nos hemos inclinado por valorar a la terapia psicoanalítica breve en grupo simplemente como «en fase experimental» debido a que las terapias psicodinámicas son difíciles de operativizar y de homogeneizar, y a que sólo es un mismo grupo de investigadores el que

realiza los estudios. Es decir, tenemos serias sospechas de que estos resultados puedan haber sido obtenidos por variables inespecíficas —no detectadas por los investigadores—, y por tanto de muy improbable replicación.

La terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual en grupo tiene en su haber dos publicaciones a cargo de Wilberg y sus colaboradores: Wilberg, Karterud, Umes, Pedersen y Friis (1998), con 96 sujetos, y Wilberg, Urnes, Friss, Irion, Pedersen y Karterud (1999), con 183 sujetos. En ambas se ofrecen datos sobre la evolución de algunos índices conductuales en pacientes con todo tipo de TTPP sometidos a una terapia en grupo que combina aspectos analíticos y cognitivo-conductuales, pero sin grupos de comparación o de control, lo que nos obliga a no considerar a esta terapia más que como «en fase experimental». Además, aunque sólo una cuarta parte de los sujetos no mejoraron, las mejorías se produjeron en indicadores generales del estado de adaptación de los sujetos, antes que en las conductas sintomáticas o definitorias de los trastornos.

Por lo que toca a estudios empíricos sobre tratamientos psicológicos de los TTPP concretos susceptibles de ser calificados como tratamientos «en fase experimental», contamos una reducida cantidad de ellos, que ni siquiera abarca por igual a todos los trastornos, puesto que todavía aquí destacan los TTPP límite y evitativo. Empezaremos nuestra exposición por ellos.

El TP límite cuenta con varios tratamientos «en fase experimental» que han realizado estudios más bien «sueltos» u ocasionales, como se ve en la Tabla 8, pero que deberían ser reseñados en una revisión como ésta.

Davidson y Tyrer (1996) presentan una serie de 12 casos clínicos de sujetos psiquiátricos ambulatorios con TP límite tratados con una terapia cognitiva breve inspirada en la terapia dialéctica de Linehan, obteniendo resultados positivos tanto en el comportamiento (auto y hetero) perturbador como en las «actitudes». Se trata simplemente de un informe del curso de las terapias, sin incluir controles en el diseño, y sin comparaciones con otros tratamientos.

Kern, Kuehnel, Teuber y Hayden (1997) tratan el comportamiento autolítico de dos pacientes psiquiátricos internos y diagnosticados de TP límite mediante una terapia cognitivo-conductual multimodal —de nuevo, inspirada en la terapia dialéctica de Linehan—, consistente en un contrato conductual de no autoagresión, entrenamiento conductual en habilidades de solución de problemas, en control emocional, etc. Aunque los pacientes mejoraron su nivel de funcionamiento en general y participaron en más actividades cotidianas, no fueron capaces de abandonar el hospital.

Proeve (1995) expone un caso clínico, sin comparaciones o controles, de un paciente psiquiátrico internado con diagnóstico de TP límite, comportamiento agitado, agresivo y suicida que fue tratado con una terapia multimodal compuesta de tratamiento cognitivo-conductual y psicofarmacológico. El paciente mejoró en las conductas problemáticas mencionadas lo suficiente como para pasar a un régimen menor de control institucional.

Barley, Buie, Peterson y Hollingsworth (1993) utilizan una terapia psicodinámica y cognitivo-conductual, también con inspiración de la terapia dialéctica, que es capaz de mejorar el comportamiento relativo al suicidio de diversos pacientes, aunque no obtienen cambios en los comportamientos definitivos típicos del TP límite.

Otro intento por aunar ambas corrientes es el de la terapia breve integradora cognitivo-analítica, que cuenta con dos publicaciones, Ryle y Beard (1993) y Ryle (1996), en las que se informa del

<i>Tabla 8</i> Estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos del trastorno límite de la personalidad (excepto la terapia dialéctica y la terapia de conducta)		
Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno límite (<i>borderline</i>)	Terapia cognitiva breve (con orientación dialéctica)	Davidson y Tyrer (1996)
	Terapia cognitivo-conductual multimodal (con orientación dialéctica, incluye tratamiento psicofarmacológico)	Kern, Kuehnel, Teuber y Hayden (1997)
	Terapia multimodal (terapia cognitivo-conductual y psicofarmacoterapia)	Proeve (1995)
	Terapia psicodinámica y cognitivo-conductual (con orientación dialéctica)	Barley, Buie, Peterson y Hollingsworth (1993)
	Terapia breve integradora cognitivo-analítica	Ryle y Beard (1993) Ryle (1996)
	Terapia psicoanalítica	Myers (1999) Bateman y Fonagy (1999)
	Terapia psicoanalítica breve en grupo	McCallum y Piper (1999)
	Terapia en grupo psicoanalítica y cognitivo-conductual	Karterud, Vaglum, Friis, Irion, Johns y Vaglum (1992) Wilberg, Friis, Karterud, Mehlum, Umes y Vaglum (1998)
	Psicoterapia estructurada	Stevenson y Meares (1992)
	Terapia adleriana	Croake (1989)
	Terapia familiar-sistémica	Saito (1992)
	Terapia Morita	Tamai, Takeichi y Tashiro (1991)
	Terapia de grupo	Nehls (1991) Nehls (1992) O'Leary, Turner, Gardner, Cowdry (1991) Monroe-Blum y Marziali (1995)

proceso de terapia de sendos casos clínicos, sin controles ni comparaciones, diagnosticados de TP límite y que mejoran tras el tratamiento.

La terapia psicoanalítica cuenta con dos artículos sobre la eficacia del tratamiento de la personalidad límite: Myers (1999) ofrece un informe de un caso clínico exitoso, aunque, como ya resulta habitual con los casos clínicos, es un simple informe del proceso de tratamiento, con una metodología de caso único muy mejorable. Por su parte, Bateman y Fonagy (1999) repartieron 38 sujetos con TP límite grave en dos grupos, uno con el tratamiento psiquiátrico habitual y que servía de control, y otro con una terapia psicoanalítica que se acompañaba de hospitalización sólo parcial; todos los sujetos del grupo de tratamiento mostraron una mejoría notable en diversos indicadores conductuales y de autoinforme.

Asimismo, la corriente psicodinámica cuenta con otro trabajo en el que McCallum y Piper (1999) aplican una terapia psicoanalítica breve en grupo, sin grupos de comparación o de control, a 154 pacientes psiquiátricos intemos con diagnóstico de TP límite –no todos ellos, puesto que también había sujetos dependientes y paranoides–, en el que la evaluación se realiza a través de «impre-

siones generales» de los sujetos y de los terapeutas, y en el que, según los autores, los resultados positivos obtenidos en muchos casos se deben a la «voluntariedad» en la participación.

La terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual en grupo cuenta con dos estudios. En uno de ellos, Karterud, Vaglum, Friis, Irion, Johns y Vaglum (1992) exponen el proceso de un caso clínico con TP límite tratado con resultados positivos, mientras que Wilberg, Friis, Karterud, Mehlum, Umes y Vaglum (1998) realizan un estudio con 43 pacientes psiquiátricos con TP límite que son asignados a dos grupos, uno de control con el tratamiento psiquiátrico habitual, y otro con el tratamiento en grupo que combina la terapia psicoanalítica y la cognitivo-conductual; los pacientes de este segundo grupo obtuvieron más mejoría que los del grupo de control.

Stevenson y Meares (1992) informan de 30 casos clínicos diagnosticados de TP límite que fueron tratados exitosamente con psicoterapia estructurada, sin grupo de comparación o de control. El éxito en la terapia no sólo radicó en que mejoraron conductas problemáticas como las agresiones y las autoagresiones o el absentismo laboral, sino en que casi un tercio de los pacientes no cumplían ya los criterios del TP límite.

Croake (1989) informa de un caso clínico –sin la metodología exigible a este tipo de trabajos–, tratado con éxito mediante terapia adleriana, consistente básicamente en la reestructuración de la cognición y de la motivación para conseguir conductas más efectivas.

Saito (1992) publica un caso clínico exitoso supuestamente diagnosticado de TP límite que fue tratado con terapia familiar-sistémica. Lo llamativo del caso es que el paciente tenía 15 años de edad, cuando los TTPP hacen siempre referencia a un problema en adultos. Sea como fuera, hasta donde conocemos, éste es el único trabajo de la terapia familiar-sistémica sobre los TTPP.

Hemos tenido noticia también de una rara terapia Morita –que incluso tiene un *International Bulletin of Morita Therapy*– a través del trabajo de Tamai, Takeichi y Tashiro (1991), caracterizada por la no estructuración del tratamiento y la adhesión al mismo a través de una buena relación paciente-terapeuta, y mediante la que se trató con éxito a un caso clínico.

La terapia de grupo también ha sido ensayada en el tratamiento del TP límite. Nehls (1991) expone que las relaciones entre los miembros del grupo tienen efectos positivos sobre el TP límite de los pacientes, mientras que en un segundo trabajo (Nehls, 1992) este mismo autor cuenta cómo los mejores resultados son obtenidos cuando al grupo se le proporciona información sobre su trastorno y cuando se les trata –y se tratan unos a otros– con aceptación incondicional. De todas formas, en ninguno de estos trabajos hubo grupos de control o de comparación, siendo simples informes del trabajo clínico del autor.

Por su parte, O'Leary, Turner, Gardner y Cowdry (1991) tratan a 7 pacientes con TP límite mediante una terapia de grupo que aseguran que fue efectiva, aunque afirman que se encontraron problemas para la generalización de las mejorías que se producían dentro del grupo, y los propios autores califican su terapia como «complementaria» respecto de otras terapias para el propio TP límite que ellos pretenden tratar.

Monroe-Blum y Marziali (1995) asignan aleatoriamente 110 sujetos a dos grupos, uno de tratamiento breve de grupo y otro con psicoterapia dinámica individualizada, sin grupo de control. En ambos grupos se obtienen resultados positivos semejantes, con lo que las dos terapias se muestran presuntamente eficaces, por lo que los autores recomiendan la terapia de grupo, puesto que es más breve y menos costosa, es decir, más eficiente.

En relación con el TP por evitación, además de los tratamientos conductuales de habilidades sociales y de exposición gradual ya mencionados como «probablemente eficaces», existen otros estudios, recogidos en la Tabla 9, que sólo se pueden calificar como tratamientos «en fase experimental».

La terapia cognitivo-conductual en grupo ha sido estudiada por Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless (1990). Se creó un grupo con 17 sujetos con TP evitativo y se trabajó con desensibilización sistemática, ensayo conductual reforzado diferencialmen-

te y modificación de la autoimagen, obteniéndose un cambio significativo en las distintas conductas empleadas como indicadores de mejoría. No hubo grupo de control ni de comparación.

Robin y DiGiuseppe (1993) tratan exitosamente un caso clínico diagnosticado de TP evitativo con terapia racional-emotiva. Como es habitual, no se trata más que de un simple informe clínico, sin diseño experimental alguno que permita certificar y contrastar el efecto del tratamiento.

Barber, Morse, Krakauer, Chittams y Crits-Christoph (1997) ensayan una terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva para 24 pacientes con TP evitativo, sin grupo de control o de comparación, encontrando que el 40% de los pacientes, a pesar de la mejoría, siguen cumpliendo los criterios del trastorno.

A continuación se van a exponer, ya por último, una miscelánea de estudios empíricos sobre el resto de los TTPP que tan sólo pueden ser calificados como tratamientos «en fase experimental». Como se aprecia en la Tabla 10, apenas si hay estudios realizados, e incluso hay trastornos para los que no hemos encontrado ningún estudio empírico sobre sus tratamientos: el TP esquizoide, el TP histriónico y el TP agresivo-sádico.

El tratamiento de los TTPP paranoide y dependiente ha sido estudiado por McCallum y Piper (1999), en un estudio con 154 sujetos –donde también había sujetos con TP límite–, ya referido. Recordemos que además de no haber grupos de control o de comparación, la evaluación se realizó a través de impresiones generales y que los resultados positivos se debían más bien a la «voluntariedad» en la participación.

El tratamiento del trastorno esquizotípico aparece asimismo estudiado en un trabajo ya citado. Karterud *et al.* (1992) aplican su terapia psicoanalítica y cognitivo-conductual en grupo también a un caso clínico con este trastorno.

Respecto del TP antisocial tan sólo hemos encontrado dos estudios con datos empíricos. Por un lado, el trabajo de Davidson y Tyrer (1996) ya citado, en el que algunos de sus 12 casos clínicos de pacientes psiquiátricos ambulatorios habían sido diagnosticados de TP antisocial, y en el que el tratamiento con terapia cognitiva breve inspirada en la terapia dialéctica de Linehan daba resultados positivos, aunque no había ningún tipo de control o de comparación. Por otro lado, Dolan (1998) expone una terapia ecléctica denominada «terapia de comunidad terapéutica», que fue satisfactoria en un amplio grupo de 137 pacientes psiquiátricos, internos y ambulatorios, con problemas legales y enviados a un hospital psiquiátrico para su tratamiento. La terapia no fue contrastada con ningún grupo de control ni de comparación, aunque se modificaron algunas conductas problemáticas de estos pacientes.

El TP narcisista ha sido tratado por Myers (1999) en el trabajo ya citado. Este autor expone un caso clínico tratado exitosamente con terapia psicoanalítica, aunque, como ya se dijo, se trata de un informe clínico que no cumple las condiciones de rigor exigibles a estos estudios.

Tabla 9

Estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos del trastorno psicológico del trastorno por evitación de la personalidad (excepto la terapia conductual)

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno por evitación	Terapia cognitivo-conductual en grupo	Renneberg, Goldstein, Phillips y Chambless (1990)
	Terapia racional-emotiva	Robin y DiGiuseppe (1993)
	Terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva	Barber, Morse, Krakauer, Chittams y Crits-Christoph (1997)

Tabla 10
Estudios empíricos sobre los tratamientos psicológicos de diversos trastornos concretos de la personalidad

Tipo de trastorno	Tipo de terapia	Autores
Trastorno paranoide	Terapia psicoanalítica breve en grupo	McCallum y Piper (1999)
Trastorno esquizoide		
Trastorno esquizotípico	Terapia en grupo psicoanalítica y cognitivo-conductual	Karterud, Vaglum, Friis, Irion, Johns y Vaglum (1992)
Trastorno antisocial	Terapia cognitiva breve (con orientación dialéctica)	Davidson y Tyrer (1996)
	Terapia de comunidad terapéutica	Dolan (1998)
Trastorno histriónico		
Trastorno narcisista	Terapia psicoanalítica	Myers (1999)
Trastorno agresivo-sádico		
Trastorno masoquista	Psicoterapia psicoanalítica y terapia cognitivo-racional	Frances y Widiger (1988)
Trastorno dependiente	Terapia psicoanalítica breve en grupo	McCallum y Piper (1999)
Trastorno pasivo-agresivo	Terapia de entrenamiento en asertividad	Perry y Flannery (1982)
Trastorno compulsivo	Terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva	Barber, Morse, Krakauer, Chittams y Crits-Christoph (1997)

Para un caso clínico de TP masoquista, Frances y Widiger (1988) emplearon exitosamente, sin comparaciones o controles, una combinación de terapia psicoanalítica y de terapia cognitivo-racional, intentando que la paciente realizara asociaciones entre sus síntomas actuales y sus relaciones familiares pasadas, y tratando de contrarrestar los comportamientos autodespreciativos con terapia cognitiva y racional-emotiva.

El TP pasivo-agresivo ha sido tratado por Perry y Flannery (1982) en cuatro casos clínicos, sin comparación o control, mediante terapia de entrenamiento en asertividad.

Por último, Barber *et al.* (1997), en el mismo trabajo mencionado con anterioridad, ensayan una terapia psicodinámica breve de apoyo y expresiva para 14 pacientes con TP obsesivo-compulsivo, igualmente sin grupo de control o de comparación. El resultado en este caso fue mucho mejor que para el TP evitativo, puesto que se encontró que tan sólo el 15% de los pacientes siguieron cumpliendo los criterios definitorios del trastorno.

Conclusiones

Tras el fragmentario panorama de los tratamientos de los TTPP que se acaba de exponer, de acuerdo con los resultados de nuestra revisión, al día de hoy, y empleando los criterios pedidos por *Psi-cothema*, nuestras principales conclusiones son que:

1) No parece existir ningún tratamiento psicológico conocido que esté «bien establecido como eficaz», puesto que ninguno tiene empíricamente demostrada su validez para tratar eficazmente ni a todos los TTPP en general, ni a ningún TP en particular.

2) La terapia cognitivo-conductual dialéctica y la terapia de conducta parecen ser los dos únicos tratamientos psicológicos que pueden ser calificados como tratamientos de «eficacia probable», dado que cuentan con avales empíricos suficientes para ello, y únicamente en relación al TP límite.

3) El resto de tratamientos psicológicos de los TTPP, tanto en general como en particular para cada trastorno, dados los escasos y asistemáticos estudios empíricos sobre sus resultados clínicos, parece que sólo pueden ser calificados como tratamientos «en fase experimental».

En consecuencia con estas conclusiones, llama la atención que terapias «clásicas» de los TTPP, como la terapia cognitiva (Beck y Freeman, 1992/1995), o como la terapia interpersonal (Benjamin, 1993), carezcan de estudios empíricos publicados para validar la eficacia de sus efectos clínicos, aun cuando estas propuestas han resultado tan acogidas y difundidas en la institución psicológica. Una explicación a esta falta de estudios sistemáticos bien pudiera ser que dicha buena acogida fuera sin embargo muy heterogénea, de forma que cuando un determinado autor publica resultados sobre un tratamiento tiende a modificar idiosincrásicamente la propuesta inicial y a nombrar su labor de maneras distintas a la original, o cuanto menos a adjetivarla de modo que marque una diferencia con el tratamiento original –así pueden entenderse, nos parecen, la mayoría de las supuestas nuevas o distintas terapias cognitivo-conductuales que aparecen en este trabajo, que en muchas ocasiones ni tan siquiera mencionan a los autores que primero propusieron este tipo de tratamientos–. De este modo, cuando no son los autores originales quienes se ocupan de la validación clínica de una terapia como tratamiento eficaz, el resultado tiende a ser la dispersión de la homogeneidad en la aplicación de ese determinado tratamiento y la consiguiente asistematicidad metodológica en la continuidad y coherencia de los diversos estudios clínicos realizados. No obstante, merece la pena reiterar que hay una notabilísima excepción a esta regla en la persona de Linehan, pues, como ya se mencionó anteriormente, es reconocida por su esfuerzo en realizar de manera rigurosa y sistemática estudios controlados de su terapia dialéctica cognitivo-conductual para el TP límite (Millon, 1999a).

Como se ha podido apreciar a lo largo de este trabajo, el TP límite es con mucha diferencia el TP al que la comunidad psicológica y psiquiátrica ha dedicado mayores esfuerzos. Sanislow y McGlashan (1998) se preguntan por qué este trastorno interesa tanto y por qué los demás trastornos, salvo el evitativo, apenas si han recibido atención. Resulta que el TP límite habría cobrado una importancia social sin precedentes en nuestra sociedad actual, de forma que una buena parte de la población gravemente trastornada cumple hoy día los criterios del TP límite. Además, el TP límite está asociado a unas conductas muy espectaculares y dañinas

que es preciso controlar –intentos de suicidio, agresiones, inestabilidades emocionales muy intensas–, siendo ésta, quizá, la razón por la cual este trastorno habría recibido tantos intentos de tratamiento. ¿Y qué ocurre con los demás TTPP? Los TTPP paranoide y esquizotípico –trastornos muy perturbadores, y que Millon también considera TTPP «agravados», al igual que el TP límite– habrían recibido menos atención porque sus criterios definitorios están muy solapados en el DSM con respecto a los trastornos delirante y esquizofrénico respectivamente, que ya disponen de sus propios abordajes terapéuticos. Y el resto de TTPP –todos ellos de menor gravedad según Millon– resultan escasamente atendidos salvo cuando justamente llegan a agravarse en un TP límite, o en un trastorno delirante o esquizotípico. Así, el TP límite no sería un trastorno completo por sí solo, sino un agravamiento de TTPP previos –como el dependiente, el pasivo-agresivo o el histriónico–. Y esta idea es la que está ausente de los estudios analizados, en su mayor parte presos de la lógica igualadora de los TTPP del DSM que entiende al TP límite como un trastorno *per se* más que como el agravamiento de otro. Quizá por ello, por no adecuarse el tratamiento a la personalidad de fondo de los pacientes, no se consiga en la mayoría de las terapias, ni del TP límite ni de los otros trastornos, más que modificar conductas puntuales muy problemáticas, desde luego, pero muy superficiales.

En definitiva, contamos con muchos estudios «suelos» (algunos muy mejorables) que en conjunto dibujan un panorama ciertamente desconcertante, por frágil, al respecto del tratamiento psicológico de los TTPP, como si en verdad no tuvieran solución. Parecería que dichos trastornos tienden, en efecto, a ser casi intratables, y que «disgustan a los profesionales» (Lewis y Appleby, 1988), llegándose al extremo, incluso, del rechazo profesional a estos pacientes porque son un claro riesgo de fracaso terapéutico, con la consiguiente pérdida de buena imagen profesional y por tanto de cuota de mercado (Lewis y Appleby, 1988).

Y no acaba ahí la dificultad existente respecto al tratamiento de este tipo de trastornos. Hay numerosas publicaciones (por ejemplo, Numberg, Raskin, Levine y Pollack, 1989; Shea, Pilkonis, Beckham y Collins, 1990; Smith, Deutsch, Schwartz y Terkelson, 1993; Black y Noyes, 1997; Dreessen y Amtz, 1998; Marchand, Goyer, Dupuis y Mainguy, 1998; Grandman, Thompson y Gallagher-Thompson, 1999) en las que se muestra empíricamente cómo aquellos pacientes que reciben un determinado tratamiento para un trastorno del Eje I (ansiedad, depresión o consumo de drogas, por ejemplo) tienden a obtener peores resultados terapéuticos si presentan una comorbilidad con algún trastorno del Eje II, de manera que ese TTPP añadido es considerado como un «indicador de mal pronóstico» para los resultados del tratamiento de un determinado síndrome clínico del Eje I (Reich y Green, 1991). Si se asumiera generalizadamente este carácter del TP como «indicador de mal pronóstico» de cara al tratamiento de un síndrome clínico, el peligro evidente en el futuro es que, tal y como ocurre con los pacientes que presentan sólo un TP (Lewis y Appleby, 1988), se tendería a rechazar también a aquellos otros que demandaran el tratamiento de un determinado síndrome clínico y a los que en el proceso de evaluación se les diagnosticara una comorbilidad con algún TP –hay que señalar que también existen algunos trabajos que no encuentran diferencias entre los tratamientos de un trastorno del Eje I en pacientes con y sin comorbilidad con un trastorno del Eje II (valgan como muestra, Cacciola, Rutherford, Alterman, McKay y Snider, 1996; Marlowe, Kirby, Festinger, Husband y Platt, 1997; Leibbrand, Hiller y Fichter, 1999).

A pesar de todo, no queremos acabar con una conclusión tan pesimista como la de Echeburúa y De Corral (1999). Tampoco queremos pensar que las terapias psicológicas sólo puedan proporcionar al paciente una eficacia meramente aparente, es decir, que sean tratamientos ineficaces y meramente efectivos, cuyo alcance fuera entonces tan sólo transitorio, *un alivio provisional de los problemas* –y esto puede estar pasando, por cierto, en todas aquellas terapias que evalúan sus resultados sobre todo con autoinformes–. Antes bien, queremos terminar este trabajo de revisión señalando que los TTPP son un reto de futuro extremadamente importante para la Psicología, ya que quizá sea la Psicología la que haya de evolucionar o cambiar de óptica para poder enfrentarse con eficacia al problema del tratamiento de todos y cada uno de los TTPP.

Así cabría discrepar con Echeburúa y De Corral (1999) cuando afirman que la imprecisión del concepto de TP dificulta el establecimiento de programas de intervención específicos, o que el sistema clasificatorio presentado no pasa de ser un recurso heurístico que ayuda a mejorar la comprensión de los fenómenos y la praxis profesional. Por más que pueda mejorarse la definición y clasificación de los TTPP, éstas son algo más que un «mero recurso heurístico», de acuerdo con la *lógica sistemática* que Millon empleara en su día para diseñarlos. Según Millon, estos trastornos serían el *centro mismo de la Psicopatología entera*, de forma que los TTPP serían el origen y el contexto de los síndromes clínicos, cuyo sentido último vendría dado precisamente por la personalidad en la que aparecen, bien como agudización más o menos novedosa de sus características ya problemáticas previas en cuanto que permanentes, bien como efecto colateral de las vulnerabilidades de la personalidad del paciente. Considerándolos de esa forma, los TTPP serían algo más que una mera «comorbilidad» de los síndromes clínicos. No estaríamos ante unos trastornos más, al mismo nivel que los otros, sino que serían trastornos más de fondo en la persona; pero un fondo que, alcance el grado que alcance de problema por sí mismo –pudiendo incluso no llegar a ser más que un estilo normal de personalidad–, siempre sería preciso tener en cuenta para tratar cualquier síndrome clínico –pues no va a ser lo mismo un trastorno distímico o de ansiedad generalizada en el contexto de una personalidad dependiente, antisocial o narcisista, por ejemplo–. En resumen, habría que situar a los TTPP en su sitio, aquél donde los pusiera Millon en su sistematización de los mismos en cuanto que *contextos psicopatológicos complejos cuyo núcleo es un determinado estilo de afrontamiento interpersonal alterado por el que se tiende a generar y/o a no resolver conflictos intra y/o interpersonales*.

En consecuencia con ello, resulta pertinente –aunque no definitivo, como se verá– aludir aquí al planteamiento del «padre» de los TTPP también en lo que toca precisamente a la psicoterapia. Así, según Millon (1999a), no se trataría tanto de aplicar las técnicas existentes tomadas globalmente a trastornos enteros –y repárese en que todos los estudios revisados hacían precisamente eso–, sino que habría que ir guiando el propio proceso de la terapia, con las múltiples técnicas de las que dispone la Psicología entera –así como la Psicofarmacología–, según el aspecto concreto de la personalidad trastornada que vaya interesando modificar en cada momento. En efecto, la personalidad de un sujeto tendría muchos aspectos –comportamiento interpersonal, esquemas cognitivos, mecanismos de defensa, etc.–, que no en todos los trastornos ni en todos los casos estarían alterados por igual, de manera que en esta «psicoterapia guiada por la personalidad» sería preciso planificar

el tratamiento jerarquizando las conductas que han de modificarse, y emplear para ello una secuenciación y una combinación de las diversas técnicas disponibles en el arsenal de la Psicología (Millon y Davis, 1995/1998; Millon, Everly y Davis, 1995; Retzlaff, 1995, 1997; Dorr, 1999; Millon 1999a, 1999b).

Resulta interesante notar cómo esta propuesta de Millon tiene gran parecido con otras propuestas que han señalado también la importancia del «desmenuzamiento» de la personalidad del sujeto para intervenir según convenga sobre cada una de las partes «desmenuzadas». Así, por ejemplo, Soler y Gascón (1999) recogen toda una serie de recomendaciones terapéuticas en esta línea para los distintos TTPP, mientras que Echeburúa y De Corral (1999) proponen en sus conclusiones respecto del futuro de los tratamientos cognitivo-conductuales que hay que operativizar el TP en pautas de conducta observables, jerarquizarlas y actuar terapéuticamente sobre ellas, con tratamientos psicológicos o con la adición de psicofármacos en algunos casos.

Todavía no existen estudios que intenten comprobar la eficacia de estas propuestas de guía de la terapia a través de una muy determinada formulación de cada caso, aunque puede resultar muy difícil hacerlos, habida cuenta de que mediante este planteamiento es preciso hacer la terapia tan «a medida» del paciente que no se entiende bien cómo se podría tratar de dos maneras distintas –para luego comparar sus eficacias respectivas– a pacientes muy semejantes entre sí –si es que pudieran encontrarse–. Este planteamiento, por añadidura, no deja de suponer un problema práctico y teórico para la Psicología Clínica. Es un problema práctico por cuanto que, como parece obvio, a día de hoy apenas habría psicólogos competentes en la aplicación de *todas* las técnicas psicológicas existentes. Pero, sobre todo, es un problema teórico por cuanto que, a nuestro juicio, la armonía entre las psicoterapias que Millon presume es, justamente, una mera presunción, al ser muy dudoso que unas psicoterapias sean compatibles con otras sin que aparezcan múltiples problemas. Bien al contrario, la sobreabundancia actual de psicoterapias se caracterizaría por la contraposición inconmensurable de unas psicoterapias respecto de otras, sencillamente por sus contrapuestos e inconmensurables presupuestos sobre el comportamiento, de manera que más bien sería necesario un trabajo crítico para determinar el sentido y el alcance de cada

psicoterapia –en la forma en que lo ha realizado Pérez Álvarez (1996)–. Tal parece, entonces, que la propuesta de Millon, a pesar de poder cumplir en la Psicología la función de «salida armónica» a la actual situación de colapso y confusión en el tratamiento de los TTPP, es más bien una salida que tiene quizá mucho de mera propuesta ingenua de difícil puesta en práctica desde la *óptica* o *perspectiva* actual de la Psicología Clínica.

Precisamente por ello, no quisiéramos finalizar sin hacer una mínima referencia a un sorprendente cambio de óptica para la Psicología, que se ha planteado recientemente en nuestro país. Se trata de una cuestión de gran relevancia, aun cuando aquí sólo pueda ser meramente mencionada. Nos referimos a la propuesta de Fuentes (1994a, 1994b), relativa a la concepción de la terapia psicológica eficaz –justa y paradójicamente–, como aquella que consigue una suerte de «despsicologización» del problema acusado por el paciente. Dicha «despsicologización» estaría muy en relación con los TTPP en cuanto que estilos de afrontamiento problemáticos, ya que la «psicologización» de una persona –repetiendo los términos elegidos por Fuentes– sería precisamente la tendencia *a renovar y a no resolver los conflictos (de normas) en los que se encontrase*. Así, la solución eficaz a su «problema» residiría precisamente en la *progresiva eliminación de los conflictos* que le constituyeran, no permitiendo otra alternativa que la de optar y, por tanto, *reasumir su responsabilidad* (moral) –por cuanto que tal opción se haría sobre las alternativas en conflicto asumiendo las consecuencias derivadas de ello.

En resolución, dado el precario estado actual de los tratamientos psicológicos de los TTPP, quizá mereciera la pena explorar el juego que pudiera dar este cambio de óptica o de perspectiva. Se trata de pasar de una Psicología Clínica que alimenta la dimensión psicológica del problema a una Psicología Clínica que resitúa la queja en un ámbito de valores, «despsicologizado» y social. Sería una tarea de gran interés –que queda abierta para posteriores trabajos– evaluar el grado de «psicologización» o «despsicologización» con el que se reconstruyen los problemas del paciente desde las distintas terapias psicológicas que se están practicando en la actualidad. Quizá le haya llegado a la Psicología Clínica la hora de afrontar ese reto de futuro: ofrecer *verdaderas soluciones* para los problemas psicológicos de las personas con TTPP. Esperemos que lo consiga.

Referencias

- Alden, L. (1989). Short-term structured treatment for avoidant personality disorder. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 57, 756–64.
- American Psychiatric Association (APA) (1980). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales III (DSM-III)*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association (APA) (1994/1995). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV (DSM-IV)*. Barcelona: Masson.
- Arambuu, B. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4 (1), 123–140.
- Barber, J.P., Morse, J.Q., Krakauer, I.D., Chittams, J., y Crits-Christoph, K. (1997). Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited supportive-expressive therapy. *Psychotherapy*, 34 (2), 133–143.
- Barley, W.D., Buie, S.E., Peterson, E.W., y Hollingsworth, A.S. (1993). Development of an inpatient cognitive-behavioral treatment program for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 7 (3), 232–240.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156 (10), 1563–1569.
- Beahrs, J.O., Butler, J.L., Sturges, S.G., y Drummond, D.J. (1992). Strategic self-therapy for personality disorders. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 11 (2), 33–52.
- Beck, A., y Freeman, A. (1992/1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de la personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Benjamin, L.S. (1993). *Interpersonal treatment of personality disorders*. Nueva York: Guilford Press.
- Black, D.W., y Noyes, R. (1997). Obsessive compulsive disorder and axis II. *International Review of Psychiatry*, 9 (1), 111–118.
- Bloxham, G., Long, C.G., Alderman, N., y Hollin, C.R. (1993). The behavioral treatment of self-starvation and severe self-injury in a patient with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24 (3), 261–267.
- Caballo, V.E. (1998). Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo (Coord.), *Manual para el trata-*

- miento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. II. Madrid: Siglo XXI.
- Cacciola, J.S., Rutherford, M.J., Alteman, A.I., McKay, J.R., y Snider, E.C. (1996). Personality disorders and treatment outcome in methadone maintenance patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184 (4), 234-239.
- Cappe, R.F., y Alden, L.E. (1986). A comparison of treatment strategies for clients functionally impaired by extreme shyness and social avoidance. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 54, 796-801.
- Croake, J.W. (1989). Adlerian treatment of borderline personality disorder. *Individual Psychology: Journal of Adlerian Theory, Research and Practice*, 45 (4), 473-489.
- Davidson, K.M., y Tyrer, P. (1996). Cognitive therapy for antisocial and borderline personality disorders. Single case study series. *British Journal of Clinical Psychology*, 35 (3), 413-429.
- Dolan, B. (1998). Therapeutic community treatment for severe personality disorders. En T. Millon, y E. Simonsen, (Coords.). *Psychopathy: Anti-social, criminal, and violent behavior* (pp. 407-430). New York: The Guilford Press.
- Dorr, D. (1999). Approaching psychotherapy of the personality disorders from the Millon perspective. *Journal of Personality Assessment*, 72 (3), 407-426.
- Dreessen, L., y Arntz, A. (1998). The impact of personality disorders on treatment outcome of anxiety disorders: Best evidence synthesis. *Behaviour Research and Therapy*, 36 (5), 483-504.
- Echeburúa, E., y Corral, P. (1999). Avances en el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de la personalidad. *Análisis y Modificación de Conducta*, 25, 585-614.
- Fernández Hermida, J. R. y Pérez Álvarez, M. (2001). Separando el grano de la paja en los tratamientos psicológicos, *Psicothema*, 13, 337-344.
- Frances, A. y Widiger, T. A. (1988). Treating self-defeating personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 39 (8), 819-821.
- Fuentes, J.B. (1994a). Una nota sobre la constitución histórico-cultural de la figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Revista de Historia de la Psicología*, 15 (3-4), 41-48.
- Fuentes, J.B. (1994b). Introducción del concepto de «conflicto de normas irresuelto personalmente» como figura antropológica (específica) del campo psicológico. *Psicothema*, 6 (3), 421-446.
- Gabbard, G.O. (2000). Psychotherapy of personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9 (1), 1-6.
- Gradman, T.J., Thompson, L.W., y Gallagher-Thompson, D. (1999). Personality disorders and mental outcome. En E. Rosowsky, y R.C. Abrams, (Coords.), *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment* (pp. 69-94). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gunderson, J.G., y Gabbard, G.O. (Coords.) (2000). *Psychotherapy of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Karterud, S., Vågglum, S., Friis, S., Irion, T., Johns, S., y Vågglum, P. (1992). Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 180, 238-243.
- Kern, R.S., Kuehnel, T.G., Teuber, J., y Hayden, J.L. (1997). Multimodal cognitive-behavior therapy for borderline personality disorder with self-injurious behavior. *Psychiatric Services*, 48 (9), 1.131-1.133.
- Koerner, K., y Linehan, M.M. (2000). Research on dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23 (1), 151-167.
- Kush, F.R. (1995). Individualized behavior therapy programs applied to borderline personality disorder: A primer for clinicians. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 25 (1), 35-47.
- Leibbrand, R., Hiller, W., y Fichter, M. (1999). Influence of personality disorders on therapy outcome in somatoform disorders at 2-year follow-up. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 187 (18), 509-512.
- Lewis, G., y Appleby, L. (1988). Personality disorders: the patients psychiatrist dislike. *British Journal of Psychiatry*, 153, 44-49.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1.060-1.064.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Marchand, A., Goyer, L.R., Dupuis, G., y Mainguy, N. (1998). Personality disorders and the outcome of cognitive-behavioural treatment of panic disorder with agoraphobia. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 30 (1), 14-23.
- Marlowe, D.B., Kirby, K.C., Festinger, D.S., Husband, S.D., y Platt, J.J. (1997). Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (8), 483-490.
- McCallum, M., y Piper, W.E. (1999). Personality disorders and response to group-oriented evening treatment. *Group Dynamics*, 3 (1), 3-14.
- Millon, T. (1969/1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1990). *Toward a new Personology: an evolutionary model*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: a social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.
- Millon, T. (1999a). *Personality-guided therapy*. Nueva York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (1999b). Reflections on psychosynergy: a model for integrating science, theory, classification, assessment, and therapy. *Journal of Personality Assessment*, 72, 437-456.
- Millon, T., y Davis, R. (1995/1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Escovar, L. (1996). La personalidad y los trastornos de la personalidad: una perspectiva ecológica. En V. Caballo, E. Buela-Casal y J. A. Carrobes, *Manual de Psicopatología y trastornos psiquiátricos* (pp. 3-33). Madrid: Siglo XXI.
- Millon, T., y Everly, G.S. (1985/1994). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Millon, T., Everly, G.S., y Davis, R.D. (1995). ¿Cómo puede facilitarse la integración de la psicoterapia mediante el conocimiento de la psicopatología? Una perspectiva a partir de los trastornos de la personalidad. *Clínica y Salud*, 6 (2).
- Monroe-Blum, H., y Marziali, E. (1995). A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 9 (3), 190-198.
- Monsen, J., Odland, T., Faugli, A., y Daas, E. (1995). Personality disorders and psychosocial changes after intensive psychotherapy: A prospective follow-up study of an outpatient psychotherapy project. 5 years after end of treatment. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36 (3), 256-268.
- Myers, W.A. (1999). Personality disorders in older adults: Some issues in psychodynamic treatment. En E. Rosowsky, y R.C. Abrams, (Coords.), *Personality disorders in older adults: Emerging issues in diagnosis and treatment* (pp. 205-214). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Nehls, N. (1991). Borderline personality disorder and group therapy. *Archives of Psychiatric Nursing*, 5 (3), 137-146.
- Nehls, N. (1992). Group therapy for people with borderline personality disorder: Interventions associated with positive outcomes. *Issues in Mental Health Nursing*, 13 (3), 255-269.
- Numberg, H.G., Raskin, M., Levine, P.E., y Pollack, E. (1989). Borderline personality disorder as a negative prognostic factor in anxiety disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3 (3), 205-216.
- O'Leary, K.M., Turner, E.R., Gardner, D.L., y Cowdry, R.W. (1991). Homogeneous group therapy of borderline personality disorder. *Group*, 15 (1), 56-64.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1994). *CIE 10. Trastornos mentales y del comportamiento. Criterios diagnósticos de investigación*. Madrid: Meditor.
- Pérez Álvarez, M. (1996). *Tratamientos psicológicos*. Madrid: Universitas.
- Perry, J.C., Banon, E., y Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156 (9), 1.312-1.321.
- Perry, J.C., y Bond, M. (2000). Empirical studies of psychotherapy for personality disorders. En J.G. Gunderson y G.O. Gabbard (Coords.), *Psychotherapy of personality disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Perry, J.C., y Flannery, R.B. (1982). Passive-aggressive personality disorder. Treatment implications of a clinical typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170 (3), 164-173.

- Piper, W.E., Rosie, J.S., Azim, H.F., y Joyce, A.S. (1993). A randomized trial of psychiatric day treatment for patients with affective and personality disorders. *Hospital and Community Psychiatry*, 44 (8), 757-763.
- Piper, W.E., Rosie, J.S., Joyce, A.S., y Hassan, F.A. (1996). *Time limited day treatment for personality disorders: integration of research and practice in a group program*. Washington (DC): American Psychological Association Press.
- Pollack, J., Winston, A., McCullough, L., Fiegenheimer, W., y Winston, B. (1990). Efficacy of brief adaptational psychotherapy. *Journal of Personality Disorders*, 4, 244-250.
- Pretzer, J. (1998). Cognitive-behavioral approaches to the treatment of personality disorders. En C. Perris y P.D. McGorry (Coords.), *Cognitive psychotherapy of psychotic and personality disorders: Handbook of theory and practice* (pp. 269-291). Chichester, England: John Wiley & Sons.
- Proeve, M. (1995). A multimodal therapy approach to treatment of borderline personality disorder: A case study. *Psychological Reports*, 76 (2), 587-592.
- Quiroga, E. (2000). Entrevista a Theodore Millon. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26 (105), 5-28.
- Reich, J.H., y Green, A.I. (1991). Effect of personality disorders on outcome of treatment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179 (2), 74-82.
- Renneberg, B., Goldstein, A.J., Phillips, D., y Chambless, D. (1990). Intensive behavioral group treatment of avoidant personality disorder. *Behavior Therapy*, 21 (3), 363-377.
- Retzlaff, P.D. (Coord.) (1995). *Tactical psychotherapy of the personality disorders: Toward morphologic based approach*. Boston: Allyn & Bacon.
- Retzlaff, P.D. (1997). The MCMI as a treatment planning tool. En T. Millon (Coord.), *The Millon inventories: clinical and personality assessment* (pp. 217-244) Nueva York: The Guilford Press.
- Robin, M.W., y DiGiuseppe, R. (1993). Rational-emotive therapy with an avoidant personality. En K.T. Kuehlwein, y H. Rosen, *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice* (pp. 143-159). San Francisco, CA: Jossey-Bass Inc, Publishers.
- Roca, M. y Bernardo, M. (1998). Epidemiología. En M. Bernardo y M. Roca (Coords.), *Trastornos de la personalidad: Evaluación y Tratamiento. Perspectiva psicobiológica* (pp. 1-17). Barcelona: Masson.
- Ruiz, M. A. (1998). Tratamiento cognitivo de los trastornos de ansiedad y de personalidad. En M.A. Vallejo (Coord.), *Avances en la técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Fundación Universidad-Empresa.
- Ryle, A. (1996). Cognitive analytic therapy: Theory and practice and its application to the treatment of a personality-disordered patient. *Journal of Psychotherapy Integration*, 6 (2), 139-172.
- Ryle, A., y Beard, H. (1993). The integrative effect of reformulation: Cognitive analytic therapy with a patient with borderline personality disorder. *British Journal of Medical Psychology*, 66 (3), 249-258.
- Saito, T. (1992). Systemic family therapy of a junior high student with school refusal and suspected borderline personality disorder. *Japanese Journal of Family Psychology*, 6 (2), 81-94.
- Safran, J.D., y Mcmain, S. (1992). Cognitive-interpersonal approach to the treatment of personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 6, 59-68.
- Sanislow, C.A., y McGlashan, T.H. (1998). Treatment outcome of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43 (3), 237-250.
- Shea, M.T., Pilkonis, P.A., Beckham, E., y Collins, J.F. (1990). Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 147 (6), 711-718.
- Shearin, E.N., y Linehan, M.M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 23, 730-741.
- Shearin, E.N. y Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Simpson, E.B., Pistorello, J., Begin, A., Costello, E., Levinson, J., Mulberry, S., Pearlstein, T., Rosen, K., y Stevens, M. (1998). Use of dialectical behavior therapy in a partial hospital program for women with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 49 (5), 669-673.
- Smith, T.E., Deutsch, A., Schwartz, F., y Terkelson, K. G. (1993). The role of personality in the treatment of schizophrenic and schizoaffective disorder inpatients: A pilot study. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 57 (1), 88-89.
- Soler, P.A., y Gascón, J. (1999). *Recomendaciones terapéuticas en los trastornos mentales. 2ª edición*. Barcelona: Masson (Comité de consenso de Catalunya en terapéutica de los trastornos mentales) (Capítulo X: «Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto», pp. 187-208)
- Springer, T., Lohr, N.E., Buchtel, H.A., y Silk, K.R. (1995). A preliminary report of short-term cognitive-behavioral group therapy for inpatients with personality disorders. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 5 (1), 57-71.
- Stevenson, J., y Meares, R. (1992). An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 358-362.
- Stravynski, A., Belisle, M., Marcouiller, M., Lavallee, Y.J., y Elie, R. (1994). The treatment of avoidant personality disorder by social skills training in the clinic or in real-life setting. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39 (8), 377-383.
- Stravynski, A., Grey, S., y Elie, R. (1987). An outline of the therapeutic process in social skills training with socially dysfunctional patients. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 56, 224-228.
- Stravynski, A., Marks, I., y Yule, W. (1982). Social skills problems in neurotic outpatients: social skills training with and without cognitive modification. *Archives of General Psychiatry*, 39, 1378-1385.
- Tamai, K., Takeichi, M., y Tashiro, N. (1991). Morita therapy for treating borderline personality disorder: The utility of treatment structuredness and limit-setting. *International Bulletin of Morita Therapy*, 4 (1-2), 32-41.
- Waltz, J., y Linehan, M.M. (1999). Functional analysis of borderline personality disorder behavioral criterion patterns: Links to treatment. En J. Derksen, y C. Maffei, (Coords.), *Treatment of personality disorders*, (pp. 183-206). New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Wessler, R.L. (1993a). Enfoques cognitivos para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 1, 35-50.
- Wessler, R.L. (1993b). Cognitive appraisal therapy and disorders of personality. En K.T. Kuehlwein, y H. Rosen, *Cognitive therapies in action: Evolving innovative practice*, (pp. 240-267). San Francisco: Jossey-Bass, Inc.
- Wilberg, T., Friis, S., Karterud, S., Mehlum, L., Urnes, O., y Vaglum, P. (1998). Outpatient group psychotherapy: A variable continuation treatment for patients with borderline personality disorder treated in a day hospital? A 3-year follow-up study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 52 (3), 213-221.
- Wilberg, T., Karterud, S., Urnes, O., Pedersen, G., y Friis, S. (1998). Outcomes of poorly functioning patients with personality disorders in a day treatment program. *Psychiatric Services*, 49 (11), 1462-1467.
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Inon, T., Pedersen, G., y Karterud, S. (1999). One-year followup of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50 (10), 1326-1330.
- Winston, A., Laikin, M., Pollack J., Samstag, L.W., McCullough, L., y Muran, J.C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151, 190-194.
- Winston, A., Pollack, J., McCullough, L., Flegenheimer, W., Kestenbaum, R., y Trujillo, M. (1991). Brief psychotherapy of personality disorder. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 179, 188-193.
- Young, J.E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J., y Behary, W. (1998). Schema-focused therapy for personality disorders. En N. Tarrier, y A. Wells (Coords.), *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach* (pp. 340-376). Chichester, England: John Wiley & Sons Ltd.