

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

**Inclusión del Protocolo de Exposición Prolongada en la
Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de
Evitación Experiencial en el Trastorno Límite de la
Personalidad
Proyecto de Investigación**

Pamela Noemi Almeida Meza

Sicología Clínica

Trabajo de titulación presentado como requisito
para la obtención del título de Psicóloga Clínica

Quito, 9 de diciembre de 2016

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
COLEGIO DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES

**HOJA DE CALIFICACIÓN
DE TRABAJO DE TITULACIÓN**

**Inclusión del Protocolo de Exposición Prolongada en la Terapia Dialéctica
Conductual para el tratamiento de Evitación Experiencial en el Trastorno
Limítrofe de la Personalidad**

Pamela Almeida

Calificación:

Nombre del profesor, Título académico

Ana Trueba, Ph.D.

Firma del profesor

Quito, 9 de diciembre de 2016

Derechos de Autor

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Firma del estudiante: _____

Nombres y apellidos: Pamela Noemi Almeida Meza

Código: 00107081

Cédula de Identidad: 1718821158

Lugar y fecha: Quito, 9 de diciembre de 2016

RESUMEN

Antecedentes: La evitación experiencial es un síntoma característico tanto del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), como del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT). Ambos trastornos tienden a presentarse de forma comorbida, lo cual incrementa el riesgo de quien los padece de incurrir en comportamientos no adaptativos de evitación experiencial. A pesar de que existen diversas terapias para el tratamiento de TLP y TEPT, ninguna está diseñada para tratar los síntomas de ambos trastornos en su presentación co-ocurrente. Por ejemplo, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) es efectiva a nivel de la sintomatología propia del TLP, pero no trata de forma directa los síntomas relacionados al trauma y, por lo tanto, tiene efectos limitados sobre el TEPT. Con el objetivo de proveer un tratamiento más completo, se propone la inclusión del protocolo de Terapia de Exposición Prolongada (TEP) en la TDC. **Metodología:** Por medio de un ensayo de control aleatorio, se medirá la efectividad de la TDC aumentada con estrategias de la TEP para reducir la evitación experiencial. La muestra será de 160 personas diagnosticadas con TLP y TEPT, y la sintomatología de evitación experiencial se evaluará mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II). **Resultados:** A partir de la revisión de la literatura, se esperaría una disminución significativa en la sintomatología de evitación experiencial, con la subsecuente remisión de síntomas tanto del TLP como del TEPT. **Conclusiones:** La inclusión del protocolo de la TEP en la TDC tendrá una influencia positiva en el bienestar y funcionamiento global del individuo con TLP.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, trastorno de estrés postraumático, evitación experiencial, terapia dialéctica conductual, terapia de exposición prolongada.

ABSTRACT

Background: Experiential avoidance is a characteristic symptom of both Borderline Personality Disorder (BPD) and Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD). Both disorders tend to occur comorbidly, increasing the risk of the sufferer from engaging in non-adaptive behaviors of experiential avoidance. Although there are several therapies for the treatment of BPD and PTSD, none is designed to treat the symptoms of both disorders in their co-occurring presentation. For example, Dialectical Behavioral Therapy (DBT) is effective at the level of BPD symptomatology, but does not directly treat trauma symptomatology, and therefore has limited effects on PTSD. In order to provide a complete treatment, the inclusion of the Prolonged Exposure Protocol (PET) in DBT is proposed. **Methodology:** Through a randomized controlled trial, the effectiveness of DBT enhanced with PET strategies will be measured. The sample will be composed of 160 people diagnosed with BPD and PTSD, and experiential avoidance symptomatology will be evaluated through the Acceptance and Action Questionnaire (AAQ-II). **Results:** The literature review supports a significant decrease in the symptoms experiential avoidance, with the subsequent remission of symptoms of both TLP and PTSD. **Conclusions:** The inclusion of the PET protocol in DBT will have a positive influence on the overall well-being and functioning of the individual with BPD.

Key words: borderline personality disorder, posttraumatic stress disorder, experiential avoidance, dialectical behavioral therapy, prorogued exposure therapy.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA.....	7
Antecedentes	8
El problema	10
Pregunta de investigación	11
Resumen.....	12
REVISIÓN DE LA LITERATURA	13
Revisión de la literatura	13
Formato de la revisión de la literatura.....	13
METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	23
Justificación de la metodología seleccionada	23
Herramientas de investigación utilizadas	24
Descripción de los participantes	26
Reclutamiento de los participantes	26
RESULTADOS ESPERADOS	28
Discusión	30
Limitaciones del estudio.....	31
Recomendaciones para futuros estudios.....	31
REFERENCIAS	32
ANEXOS	35

INTRODUCCIÓN AL PROBLEMA

De acuerdo con la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales* (DSM 5), el Trastorno Limítrofe de la Personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón pervasivo de inestabilidad en la regulación de emociones, control de impulsos, relaciones interpersonales y estabilidad emocional (2013). Debido a las conductas autolesivas y tendencias suicidas recurrentes propias de este diagnóstico, el TLP es considerado un trastorno desafiante y difícil de tratar (Linehan, & Dexter-Mazza, 2008). La investigación acerca de los factores etiológicos de este desorden, ha encontrado que la predisposición genética y la exposición a situaciones adversas en la infancia, son factores importantes que contribuyen al desarrollo del TLP (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004).

La investigación ha establecido que dos de las razones de momios más elevadas para personas que han sufrido abuso en la infancia son el TLP (RM=7.6) y el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (RM=7.25) (Cutajar, et al., 2010, citado en Bohus, et al., 2013). Por este motivo, aproximadamente el 30.2% de personas diagnosticadas con TLP, también reciben un diagnóstico de TEPT (Pagura, Stein, Bolton, Cox, Grant, & Sareen, 2010). Muchas de las dificultades que exhiben los pacientes con esta presentación comórbida, son provocadas y mantenidas por comportamientos destinados a evitar su experiencia (Hayes, et al., 1996).

La evitación experiencial es un síntoma característico de varias psicopatologías, incluyendo el TLP (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). El término evitación experiencial abarca un amplio número de conductas cuyo propósito es evitar o escapar de experiencias internas (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). Las técnicas de evitación experiencial más ampliamente utilizadas por los pacientes con TLP son la autolesión y los comportamientos suicidas (Linehan, 1993). Por lo tanto, las conductas de evitación experiencial tienden a poner en riesgo el bienestar y la integridad física del individuo.

En respuesta a este problema, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) está diseñada para el manejo directo de conductas suicidas y para-suicidas en individuos con TLP (Linehan, 1993). Esta terapia incluye técnicas adaptativas para la regulación emocional y la tolerancia al malestar (Nolen-Hoeksema, 2014). Adicionalmente, la TDC ayuda a los pacientes a controlar sus conductas impulsivas mediante el monitoreo de situaciones desencadenantes y les enseña métodos alternativos para manejar estas situaciones (Nolen-Hoeksema, 2014).

La presentación de la evitación experiencial en el TLP es distinta a la exhibida en el TEPT. La primera tiende a ser generalizada, mientras que, en el TEPT, esta es dirigida a estímulos específicos relacionados con el trauma (Chapman, et al., 2006). Si bien la TDC trata de manera directa la evitación experiencial del TLP, no necesariamente trabaja sobre la evitación experiencial del TEPT. Esto impide la recuperación total del paciente, ya que mantiene la sintomatología propia del trauma. Hasta la fecha no se ha incluido un protocolo dentro de la TDC que trate el TEPT de manera estandarizada, y que trabaje sobre las conductas de evitación experiencial propias de este trastorno.

Antecedentes

La historia del Trastorno Límitrofe de la Personalidad y su tratamiento.

En 1938 Adolph Stern, un psicoanalista americano, acuñó por primera vez el término “personalidad límitrofe” para referirse a un grupo de pacientes que no encajaban en el grupo psicótico, ni cumplían con el criterio de neurosis (Linehan, 1993). Más adelante, en 1975 Otto Kernberg utiliza el término “organización de la personalidad límitrofe” para referirse a un patrón consistente de funcionamiento y comportamiento caracterizado por una inestabilidad y reflejando una marcada desorganización psicológica (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Tres años más tarde Gunderson y Kolb describieron los síntomas y comportamientos asociados a este trastorno, incluyendo fluctuaciones marcadas de periodos

de confianza a tiempos de absoluta desesperación caracterizados por inestabilidad en las relaciones interpersonales y auto-imagen, cambios rápidos en el estado de ánimo, miedo al abandono y rechazo, marcada impulsividad, así como posibles síntomas psicóticos transitorios (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009). Sin embargo, no es hasta 1980, mediante la publicación de la tercera edición del *Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales*, que el TLP es introducido al campo de la psicopatología, adoptando la conceptualización realizada por Gunderson y Kolb, la cual se mantiene hasta la actualidad (Linehan, 1993).

La variedad de síntomas en el TLP y su naturaleza cambiante hacen de este trastorno uno difícil de diagnosticar y tratar (Nolen-Hoeksema, 2014). Uno de los factores que aumenta la complejidad de este diagnóstico es su alta comorbilidad con otros trastornos (Nolen-Hoeksema, 2014). Debido a la considerable superposición con otros desordenes, especialmente con el TEPT, algunos autores han sugerido que el TLP debería ser conceptualizado dentro del espectro de los trastornos traumáticos (Yen & Shea, 2001). Por este motivo, uno de los principales objetivos de la terapia es tratar la sintomatología de los desórdenes que usualmente acompañan al TLP.

Al final de la década de los 70's la psicóloga americana Marsha Linehan desarrolló la primera terapia diseñada exclusivamente para tratar individuos diagnosticados con TLP (Linehan, 2001). Mediante la combinación de la Terapia Cognitiva Conductual y técnicas filosóficas del oriente, Linehan desarrolla la TDC, la cual es una de las primeras psicoterapias que han demostrado tener efectos positivos en pacientes con TLP (Linehan, Cochran, & Kehrer, 2001). Esta terapia se enfoca en ayudar a los pacientes a adquirir un sentido más realista y positivo de sí mismos, aprender habilidades adaptativas para resolver problemas y regularse emocionalmente, y a corregir pensamientos dicotómicos (Nolen-Hoeksema, 2014). Adicionalmente, un componente importante de la TDC es la exposición a las memorias

traumáticas (Linehan, 1993). El propósito de esta etapa de la terapia es reducir los síntomas de TEPT mediante la exposición a estímulos asociados con dolor emocional hasta lograr la extinción o habituación (Linehan, 1993). Sin embargo, hasta el momento no se ha incluido formalmente ningún protocolo que estandarice el proceso de exposición al trauma en la TDC (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012).

El problema

El principal síntoma que caracteriza el TLP es la marcada desregulación emocional (Linehan, 1993) la cual implica la renuencia a tolerar el malestar emocional (van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012). La literatura sugiere que los comportamientos no adaptativos asociados a este trastorno funcionan como mecanismos de reducción o eliminación de emociones dolorosas (van Minnen et al., 2012; Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Adicionalmente, los síntomas de TLP y los síntomas de otros desórdenes mentales que frecuentemente co-ocurren con este, como el TEPT (Pagura, Stein, Bolton, Cox, Grant, & Sareen, 2010), están asociados a la evitación experiencial (Berking, Neacsiu, Comtois, & Linehan, 2009), poniendo en mayor riesgo a estos individuos de incurrir en comportamientos no adaptativos de evitación experiencial.

La TDC es actualmente uno de los tratamientos más empíricamente validado para el TLP (Bohus, et al., 2013). La TDC incluye varias habilidades enfocadas primordialmente en mejorar la tolerancia al malestar y la regulación emocional (Linehan, 1993). Los comportamientos de evitación experiencial son objetivos clave en la TDC, la cual incluye una variedad de intervenciones diseñadas hacia mejorar la aceptación de la experiencia actual (Linehan, 1993). Sin embargo, la TDC estándar no trata de forma directa y específica los síntomas relacionados al trauma y, por lo tanto, solo tiene efectos limitados sobre el TEPT y su sintomatología de evitación experiencia en pacientes con TLP (Bohus, et al, 2013).

Para solucionar este problema, se ha propuesto la inclusión del protocolo de la Terapia de Exposición Prolongada (TEP) en la TDC para lograr un tratamiento más completo (Harned, Korlund, Foa, & Linehan, 2012). La terapia de exposición es un tipo de terapia cognitiva conductual la cual se centra en la reducción del TEPT y psicopatología relacionada (van Minnen, et al, 2012). Varios estudios han demostrado la eficacia de la TEP (Foa, Hembree, & Rothbaum, 2007) encontrando mejorías grandes y significativas in el TEPT y conductas de evitación experiencial (van Minnen, et al., 2012). Adicionalmente, no existe evidencia empírica que apoye la exclusión de pacientes con TLP de la TEP, quienes cumplan con el criterio de elegibilidad del manual de TEP (van Minnen, et al., 2012).

Pregunta de investigación

¿Cómo y hasta qué punto la TDC aumentada con estrategias de la TEP influye en la evitación experiencial en el TPL?

El significado del estudio.

En el Ecuador, no se tienen suficientes datos sobre la morbilidad del TLP en la población. Sin embargo, en el 2012 el sector de salud pública reportó 69 casos de egresos hospitalarios, de personas con trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (Ministerio de Salud Pública, 2012). Adicionalmente, se sabe que las lesiones auto-infringidas intencionalmente (suicidio) están entre las 5 principales causas de mortalidad en el país (Ministerio de Salud Pública, 2012). Por lo tanto, a pesar de que no existen datos exactos, si se tiene información que apoya la posible prevalencia de trastornos de la personalidad en el país. Lastimosamente, debido a esta falta de información, tampoco existen en el Ecuador terapias estandarizadas para el tratamiento de trastornos de la personalidad. Por lo tanto, el presente estudio sería pionero en la investigación sobre el Trastorno Limítrofe de la

Personalidad en el Ecuador, así como en la aplicación de la Terapia Dialéctica Conductual enfocada en el trauma que apunte a la sintomatología de evitación experiencial.

Resumen

La presente investigación tiene como objetivo la implementación del protocolo de exposición de la TEP dentro de la TDC, con el fin de tratar de manera completa la evitación experiencial en el TLP. Esta investigación busca beneficiar al campo de la psicología mediante la inclusión de técnicas científicamente validadas para la reducción de uno de los síntomas cardinales del TLP. A continuación, se presenta la Revisión de la Literatura, donde se explica a mayor profundidad la evitación experiencial en el Trastorno Límite de la Personalidad, la Terapia de Exposición Prolongada y la Terapia Dialéctica Conductual. Esto está seguido de la explicación de la metodología e investigación que será aplicada, el análisis de datos esperados, y las conclusiones y discusión.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Revisión de la literatura

Fuentes.

La información utilizada para la formulación del marco teórico de esta investigación proviene principalmente de artículos científicos, libros de psicopatología y manuales de psicoterapia. Para acceder a esta información se utilizaron palabras clave como: evitación experiencial, trastorno de estrés postraumático, trastorno límite de la personalidad, terapia de exposición prolongada, y terapia dialéctica conductual. La mayoría de la información presentada fue obtenida de bases de datos como EBSCO, PROQUEST Taylor & Francis y Jstor.

Formato de la revisión de la literatura

A continuación, se presenta la literatura actual sobre el trastorno límite de la personalidad, el trastorno de estrés postraumático en pacientes con trastorno límite de la personalidad, la evitación experiencial en individuos con ambos diagnósticos, la terapia de exposición prolongada, y la terapia dialéctica conductual. El objetivo es presentar la relevancia de estos temas de manera individual y posteriormente la integración de los mismos.

Trastorno Límite de la Personalidad.

En general, los trastornos de personalidad se caracterizan principalmente por patrones inflexibles y previsivos de comportamiento disfuncional y por el malestar o discapacidad que generan (Ortuño, 2010). El DSM-5, lista 10 desordenes de personalidad, agrupados en tres categorías según el tipo de sintomatología que comparten.

El trastorno límite de la personalidad ha sido clasificado mediante el DSM-5 como parte del Grupo B, denominado “Dramático-Emocional” el cual está caracterizado por

comportamientos que son considerados dramáticos e impulsivos, y a menudo muestran poca preocupación por su propia seguridad y la de otros (American Psychiatric Association, 2013). De entre este grupo, el TLP se caracteriza por un patrón previsor de inestabilidad en sus relaciones interpersonales, auto-imagen, y afecto y una marcada impulsividad (American Psychiatric Association, 2013). Algunos de los síntomas incluyen: emociones fuera de control, relaciones interpersonales inestables, preocupación sobre el abandono, auto-lesión, e impulsividad (American Psychiatric Association, 2013).

Además del patrón de comportamiento mencionado, el DSM 5 determina 9 criterios diagnósticos para el TLP, de los cuales se deben cumplir un mínimo de 5. Los criterios son: 1) Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, 2) Un patrón de relaciones inestables e intensas, que se caracteriza por la fluctuación de la idealización a la devaluación, 3) Una alteración de la identidad, 4) Impulsividad en ámbitos potencialmente auto destructivos 5) Comportamiento suicida o autolesión, 6) Inestabilidad afectiva, 7) Crónicos sentimientos de vacío, 8) Ira inapropiada e intensa, o dificultad para controlar la ira, 9) Síntomas de ideación paranoide o disociación severa relacionada con el estrés (American Psychiatric Association, 2013). En relación a esto y de acuerdo con publicaciones del 2014, la tasa de prevalencia de este trastorno en la población general es de 5.9 y es más comúnmente diagnosticado en mujeres que en hombres (Nolen-Hoeksema, 2014).

El modelo biosocial de Linehan es uno de los más apoyados para la conceptualización de la etiología de este trastorno. De acuerdo con Linehan, existe una relación clave entre una vulnerabilidad biológica basada en el temperamento y un ambiente de crianza invalidante (Linehan, 1993). De acuerdo con esta teoría, la invalidación está definida como un patrón de castigo y respuestas despectivas o críticas a las expresiones emocionales del individuo (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). Dentro de este modelo, el ambiente invalidante exagera la vulnerabilidad pre-existente del niño a las emociones y a su vez, esta

vulnerabilidad genera respuestas invalidantes de parte de los cuidadores (Linehan, 1993). Como resultado, las personas con TLP habitualmente no tienen las habilidades necesarias para regular emociones intensas y, por lo tanto, acuden a una variedad de comportamientos problemáticos para escapar o evitar sus emociones (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). Adicionalmente, las personas con TLP reportan una niñez marcada por inestabilidad, negligencia, abuso físico y sexual y psicopatología parental (Nolen-Hoeksema, 2014).

Adicionalmente, la investigación ha vinculado el funcionamiento neurobiológico a la etiología del TLP. Un metanálisis llevado a cabo en el 2012, revisó los resultados de resonancias magnéticas en pacientes con TLP (Ruocco, Amirthavasagam, & Zakzanis, 2012). Los resultados señalaron una disminución significativa del volumen de estructuras límbicas, como el hipocampo y la amígdala (Ruocco, Amirthavasagam, & Zakzanis, 2012). Por lo tanto, este hallazgo apoya la noción de que el TLP está influenciado por factores biológicos que interrumpen el funcionamiento de sistemas encargados de la regulación emocional y la cognición (Ruocco, Amirthavasagam, & Zakzanis, 2012).

La amplia variedad de síntomas y la naturaleza cambiante del TLP, hace de este trastorno uno complejo y difícil de tratar (Linehan, & Dexter-Mazza, 2008). Así mismo, el TLP es considerado como un problema de salud mental serio debido al uso de comportamientos impulsivos dañinos para sí mismos (Linehan, 1993). En relación a esto, los pacientes con TLP tienen una elevada prevalencia de intentos suicidas (75%) y suicidios completados (10%) (Soloff, & Chiappetta, 2012).

Trastorno de Estrés Postraumático y Trastorno Límite de la Personalidad.

De entre todos los trastornos de personalidad pertenecientes al Grupo B, el TLP y el Trastorno Antisocial de la Personalidad son los más investigados (Nolen-Hoeksema, 2014). Por lo tanto, la abundante investigación en TLP ha arrojado evidencia para apoyar la

frecuente comorbilidad entre el TEPT y el TLP (Bohus, et al., 2013). Un estudio llevado a cabo en los Estados Unidos de Norte América, encontró que 30.2% de las personas diagnosticadas con TLP también cumplían criterio para TEPT (Pagura et al, 2010). Esta presentación usualmente resulta en psicopatología severa, problemas previsivos en la regulación de emoción, frecuente autolesión y tasas bajas de remisión (Bohus, et al., 2013).

De acuerdo con el DSM-5, el diagnóstico de TEPT requiere que el individuo experimente directamente un evento traumático y especifica que el individuo debió ser expuesto la muerte real o amenazada, lesiones graves, o a agresiones sexuales (Nolen-Hoeksema, 2014). El diagnóstico de TEPT requiere la presencia de cuatro tipos de síntomas. El primero incluye el reexperimentación repetida del evento traumático; el segundo incluye la evitación persistente de situaciones, pensamientos o memorias asociadas al evento; el tercer grupo de síntomas incluye cambios negativos en el pensamiento y estado de ánimo asociados con el evento; el cuarto tipo de síntomas incluye hipervigilancia y alteración crónica (American Psychiatric Association, 2013).

La marcada relación entre el TLP y el TEPT con el trauma, es un tema bien establecido en la literatura. Si bien uncialmente el criterio del TEPT requiere de la exposición a un evento traumático (Bohus, et al., 2013), las experiencias adversas como abuso sexual o físico en la niñez son comunes en la vida de individuos con TLP (Pagura, et al, 2010). En relación a esto, algunas investigaciones han sugerido que la evitación experiencial característica del TLP, podría representar un factor de riesgo para el desarrollo de TEPT (Chapman, Dixon-Grodon, & Walters, 2011).

A pesar de la frecuente co-ocurrencia del TLP con el TEPT, no existe hasta el momento un tratamiento establecido para estos pacientes. Sin embargo, algunos estudios piloto recientes, han sugerido el uso de terapias cognitivas de tercera generación e

intervenciones centradas en el trauma para el tratamiento de esta población (Bohus et al, 2012; Harned, et al., 2012).

Evitación Experiencial.

La evitación experiencial abarca comportamientos que funcionan para alterar o controlar experiencias internas molestas (Hayes, et al., 1996). Los comportamientos que entran en esta categoría buscan suprimir la expresión de emociones, pensamientos, sensaciones o situaciones no deseadas, mediante el uso de alcohol y drogas, la autolesión, los atracones y los intentos de suicidio (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). La teoría y la investigación señalan que las estrategias de evitación son consideradas las responsables de subyacer y mantener varias psicopatologías (Hayes et al., 1996). Por lo tanto, muchas de las características del TLP y el TEPT son provocadas por el uso de comportamientos destinados a la evitación experiencial.

En relación al TLP, la evitación experiencial puede ser resultado de un proceso de aprendizaje. Según Linehan, la familia invalidante tiende a responder a la comunicación de experiencias internas con respuestas erráticas, inapropiadas y extremas, generando un miedo irracional a las emociones negativas (Linehan, 1993). Al evitar experimentar emociones negativas, estos individuos no aprenden que pueden tolerar emociones y que el castigo no siempre acompaña su expresión (Linehan, 1993). Por lo tanto, la marcada intolerancia al malestar y la dificultad para regular las emociones, son características claves que contribuyen a la evitación experiencial en el TLP (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). Así mismo, algunas investigaciones sugieren que la vulnerabilidad a emociones negativas entre personas con TLP puede deberse a el uso excesivo de estrategias de evitación experiencial como mecanismo de afrontamiento (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011).

Por otro lado, en el TEPT, la evitación experiencial es considerada uno de los principales mecanismos de mantenimiento del trastorno (Kashdan, & Kane, 2011). De hecho, la investigación sugiere que los síntomas de evitación son el indicador más confiable para el diagnóstico de TEPT y parecen ser predictivos de la severidad de los síntomas (Thompson & Waltz, 2010). La evitación experiencial, está ligada a el Criterio C del DSM-V para el diagnóstico de TEPT. El criterio C incluye esfuerzos para evitar memorias, pensamientos, o sentimientos asociados con el evento y evitación de estímulos externos que puedan generar memorias, pensamientos o sensaciones relacionadas con el evento traumático (American Psychological Association, 2013).

Por lo tanto, el uso excesivo de estrategias de evitación experiencial parece exacerbar o mantener la sintomatología a través del tiempo, reduciendo la flexibilidad para lidiar con situaciones, e impactando negativamente en la vida del individuo (Thompson & Waltz, 2010). Se cree que existen tres razones por las cuales la evitación experiencial mantiene la sintomatología de la psicopatología a través del tiempo: La primera es la limitación de oportunidades de reforzamiento positivo, la segunda es que algunos comportamientos de evitación pueden incrementar la exposición a experiencias aversivas y la tercera es que al evitar nuevos aprendizajes, la evitación experiencial mantiene las distorsiones cognitivas, las cuales limitan la exposición a situaciones de la vida real (Blackledge, 2004, citado en Thompson & Waltz, 2010).

Es evidente que los síntomas del TLP y los síntomas de otros trastornos que frecuentemente co-ocurren con este, como el TEPT, están íntimamente asociados con la evitación experiencial (Berking, Neacsiu, Comtois, Linehan, 2009). Por lo tanto, la evitación experiencial es un objetivo central importante en el tratamiento del TLP. En relación a esto, la literatura indica que, para lograr la integración del trauma las personas deben mostrar apertura para el procesamiento de la información dentro de un modelo coherente (Kashdan, & Kane,

2011). Los intentos de integrar el trauma a menudo requieren alguna variante de exposición a pensamientos aversivos, emociones e imágenes relacionadas con el trauma (Kashdan, & Kane, 2011).

Terapia de Exposición Prologada.

La TEP fue desarrollada por Edna Foa, una psicóloga americana quien ha dedicado su vida académica al estudio de la psicopatología y tratamiento de los trastornos de ansiedad, especialmente el TEPT. La TEP es una forma de terapia centrada en el trauma, con bases cognitivas conductuales, dirigida a reducir el TEPT y la psicopatología relacionada (van Minnen, Harned, Zoellner, & Mills, 2012). Actualmente, la TEP es considerada la primera línea de tratamiento para TEPT (Foa, Keane, Friedman, & Cohen, 2009).

Varios estudios controlados a lo largo de dos décadas, han demostrado la eficacia de la exposición prolongada (van Minnen, et al., 2012). Un meta análisis llevado a cabo en 2010, reveló que la TEP es un tratamiento altamente efectivo para el TEPT, resultado en ganancias substanciales que se mantienen a través del tiempo (Powers, Halpern, Ferenschak, Gillihan, & Foa, 2010).

Según Foa, el TEPT es consecuencia de la evitación excesiva de pensamientos y situaciones que están vinculados al trauma, impidiendo el procesamiento adecuado de la memoria traumática (2011). La evitación experiencial mantiene las creencias negativas erróneas y no permiten el procesamiento emocional correctivo (Foa, 2011). Por lo tanto, la meta de la TEP es promover el procesamiento emocional a través de la confrontación sistemática deliberada con estímulos relacionados al trauma (Foa, 2011).

La TEP incluye componentes de psicoeducación, exposición en vivo a los estímulos temidos relacionados con el trauma, exposición imaginaria y procesamiento de las memorias traumáticas (van Minnen, et al., 2012). Se piensa que las terapias de exposición trabajan a

través de mecanismos de extinción del miedo, permitiendo que el paciente se involucre emocionalmente y procese las memorias traumáticas en ausencia de las consecuencias temidas (van Minnen, et al., 2012). Usualmente, la TEP es llevada a cabo en sesiones semanales de 60-90 minutos, en un periodo de 8-15 semanas (Foa, 2011).

El manual de la TEP especifica las siguientes contradicciones para el tratamiento: riesgo de suicidio u homicidio inminentes, comportamientos recientes (3 meses) de autolesión severa, y psicosis actual (van Minen, et al., 2012). Si estos síntomas están presentes, se deben tratar individualmente, para luego considerar iniciar con terapia enfocada en el trauma.

En relación al uso de TEP con TLP y TEPT co-ocurrentes, una preocupación usual es la disociación que acompaña estos trastornos. Sin embargo, los síntomas de disociación son considerados una estrategia de evitación experiencial, que previene el procesamiento total de las memorias traumáticas y mantienen los síntomas del TEPT (van Minen, et al., 2012). Adicionalmente, ningún estudio ha encontrado que la comorbilidad prediga peores resultados en terapia (van Minen, et al., 2012).

Terapia Dialéctica Conductual.

El origen de la TDC se remonta a la adolescencia de Linehan, quien a los 17 años fue internada debido a la severidad de sus conductas autolesivas (O'Connell, & Dowling, 2014). En relación a esta experiencia, Linehan reporta que su estadía en el hospital fue traumática y que a partir de entonces se prometió encontrar la manera de ayudar a otros en condiciones similares (O'Connell, & Dowling, 2014). Por lo tanto, más adelante, Linehan desarrolló la TDC, una terapia exclusivamente diseñada para el tratamiento de individuos con autolesión crónica y tendencias suicidas (O'Connell, & Dowling, 2014). Sin embargo, no es hasta inicios de los años 90's, que la investigación de Marsha Linehan empieza a arrojar evidencia prometedora para uso de la TDC para el manejo del TLP (Linehan, 2001).

La relevancia de la terapia diseñada por Linehan, radica en que los análisis de resultados sugieren que los tratamientos usualmente utilizados son marginalmente eficaces (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). En su mayoría, los servicios públicos de salud mental no están equipados para suplir las necesidades de individuos con TLP, ya que estos centros se han enfocado principalmente en pacientes con trastornos del proceso de pensamiento y trastornos del estado de ánimo (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004). Por lo tanto, las intervenciones previamente ofrecidas en centros de salud mental son en su mayoría inadecuadas (Linehan, 1993). Adicionalmente, tomando en cuenta que inicialmente los individuos con TLP muestran una disfuncionalidad severa, presentando conductas que ponen en riesgo su vida (Linehan, 1993), el surgimiento de la TDC resultó un evento revolucionario en el tratamiento de este trastorno

La TDC es un tratamiento multifacético que inicialmente fue diseñado para ser llevado a cabo de manera ambulatoria en un periodo de 12 meses (O'Connell, & Dowling, 2014). El programa se constituye por la aplicación de una amplia gama de estrategias terapéuticas (Linehan, 1993). Esta terapia sienta sus bases en los principios de la Terapia Cognitiva Conductual (CBT), combinando plenitud de consciencia, aceptación y dialéctica (O'Connell, & Dowling, 2014). Adicionalmente, los procedimientos centrales del tratamiento son: la solución de problemas, técnicas de exposición, entrenamiento en habilidades, manejo de contingencias y modificaciones cognitivas (Linehan, 1993). Se enseñan activamente habilidades de regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar, plenitud de consciencia y habilidades de automanejo (Linehan, 1993). Las metas de la TDC son: reducir los comportamientos parasuicidas y los comportamientos que ponen en riesgo la vida del paciente, reducir los comportamientos que interfieren con terapia y reducir los comportamientos que interfieren con la calidad de vida de la persona (O'Connell, & Dowling, 2014). Para su aplicación, la TDC incluye cuatro métodos de intervención que se llevan a

cabo a la par: terapia grupal, psicoterapia individual, llamadas telefónicas y reuniones de consulta grupales (O'Connell, & Dowling, 2014).

Actualmente, la TDC es el tratamiento con mayor soporte empírico para el TLP (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012). Esta terapia ha atravesado el rigor científico en más de una docena de ensayos controlados aleatorios, y ha mostrado ser superior a las condiciones de control al momento de reducir los comportamientos suicidas, autolesiones, hospitalizaciones y visitas a emergencias (Bohus, Dyer, Priebe, Krüger, Kleindienst, Schmahl, & Steil, 2013). Sin embargo, la TDC no trata específicamente las características o síntomas relacionados con el trauma y, por lo tanto, tiene efectos limitados en el TEPT en pacientes con TLP (Bohus, Dyer, Priebe, Krüger, Kleindienst, Schmahl, & Steil, 2013).

Finalmente, cabe recalcar que la tendencia de los pacientes con TLP a evitar activamente situaciones amenazantes son un objetivo constante en la TDC (Linehan, 1993). Por lo tanto, la exposición en sesión y la exposición en vivo a estímulos que generan miedo son propuestos y respaldados (Linehan, 1993). Sin embargo, no se ha establecido un protocolo estandarizado para llevar a cabo esta sección de la terapia (Harned, et al., 2012).

METODOLOGÍA Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación se llevará a cabo mediante un ensayo de control aleatorio. Los participantes que cumplan con el criterio de inclusión, serán divididos al azar en dos grupos proporcionales. El grupo experimental recibirá la TDC aumentada con TEP, mientras que el grupo de control, recibirá únicamente TDC. Ambos grupos recibirán tratamiento por un año y se les aplicará las mismas herramientas de investigación antes, durante y al finalizar la investigación.

Con el fin de garantizar la estandarización, la TDC será aplicada en su totalidad a ambos grupos con fidelidad al manual de la TDC diseñado por Linehan. En el caso del grupo experimental, la TEP será incluida únicamente durante la segunda etapa de TDC, cuyo objetivo es disminuir el estrés postraumático (Linehan, 1993). La TEP iniciará una vez que los objetivos comportamentales de la primera etapa (disminuir comportamientos suicidas, comportamientos que interfieran con la terapia, comportamientos que interfieran con la calidad de vida e incremento de habilidades comportamentales) estén bajo control (Linehan, 1993).

Justificación de la metodología seleccionada

Con base en la pregunta de investigación ¿cómo y hasta qué punto la TDC aumentada con estrategias de la TEP influye en la evitación experiencial en el TPL?, la metodología utilizada será cuantitativa con un diseño de investigación experimental.

Los métodos cuantitativos utilizan medidas objetivas y generan conclusiones mediante el análisis numérico (Babbie, 2010). Este tipo de investigación se centra en la recopilación de información numérica y su generalización a través de grupos de personas, con el fin de explicar fenómenos particulares (Babbie, 2010). La investigación cuantitativa de diseño experimental, se caracteriza por mediciones pre y post prueba, con el objetivo de establecer

causalidad entre las variables (Babbie, 2010). Adicionalmente, el ensayo de control aleatorio garantiza la disminución del sesgo de selección y es considerado el estándar en ensayos clínicos (Moher, et al., 1995).

Por lo tanto, la presente investigación recopilará datos pre prueba y post prueba en un ensayo de control aleatorio. La asignación aleatoria al grupo experimental o de control se realizará mediante números aleatorios generados por computadora, los cuales se emparejarán con los números de identificación de los participantes. Los datos serán recopilados mediante el uso de herramientas de medición de síntomas estandarizadas, que arrojen puntajes numéricos objetivos. En este caso, la variable independiente está representada por la TDC aumentada con técnicas de TEP, mientras que la variable dependiente está representada por la sintomatología de evitación experiencial. Los datos numéricos recopilados, serán analizados para conseguir resultados estadísticos sobre la influencia de la terapia sobre la evitación experiencial de pacientes con TLP.

Herramientas de investigación utilizadas

Este estudio tiene como objetivo explorar si la Terapia Dialéctica Conductual, aumentada con estrategias de la Terapia de Exposición prolongada influye en la sintomatología de evitación experiencial en el Trastorno Limítrofe de la Personalidad. Para esto, se utilizará como criterio de inclusión las puntuaciones clínicamente significativas obtenidas para TLP en el Cuestionario de Personalidad Limítrofe (BPQ) y las puntuaciones clínicamente significativas para TEPT en la Escala Diagnóstica de Estrés Postraumático (PTDS). Una vez determinada la co-ocurrencia de estos desordenes, se puede medir sintomatología de evitación experiencial mediante el Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ-II) el cual será tomado antes, durante (todos los meses, al finalizar el mes) y después de la investigación. Para monitorear el progreso de los pacientes a lo largo del proceso

terapéutico, se realizarán medidas sintomatológicas el último día de cada mes, a lo largo de todo el año. Se utilizará la Escala de Valoración de Zanarini (ZAN-BPD) para evaluar la sintomatología del TLP. Por otro lado, para medir el progreso de la sintomatología del TEPT, se utilizará la versión civil de Lista de Verificación del Trastorno de Estrés Postraumático (PCL-C). Los resultados indicaran cómo influye la TDC aumentada con estrategias de TEP en la evitación experiencial, y a su vez, cómo influye este cambio en la sintomatología del TLP y el TEPT.

Las escalas utilizadas para evaluar la inclusión de los participantes en la investigación son el BPQ y el PTSD. Por un lado, el BPQ ($\alpha=.92$) (Chanen, & BmedSci, 2008), es una medida de auto-reporte compuesta de nueve subescalas, las cuales corresponden con el criterio diagnóstico del TLP (Chanen, & BmedSci, 2008). Esta escala ha demostrado tener una alta consistencia interna, una buena validez convergente, y una validez de criterio satisfactoria (Chanen, & BmedSci, 2008). La segunda es una medida de auto-reporte diseñada para ayudar en el diagnóstico de TEPT de acuerdo con el criterio del DSM. El PTSD ($\alpha=.91$) (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997), ha demostrado una alta consistencia interna, fiabilidad test-retest, y una buena sensibilidad y especificidad, al igual que una alta correlación con otras medidas diseñadas para medir psicopatología relacionada al trauma (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997).

Las escalas que serán utilizadas para medir sintomatología antes, durante y después de la investigación son el AAQ-II, el ZAN-BPD, y el PCL-C. El AAQ-II ($\alpha=.75-.93$) (Ruiz, Luciano, Cangas, & Beltrán, 2013), es una escala de auto-reporte diseñada para evaluar la evitación experiencial. La investigación indica que las calificaciones arrojadas por esta herramienta predicen concurrentemente, longitudinalmente e incrementalmente resultados que son consistentes con la teoría de evitación experiencial (Bond, et al., 2011; Ruiz et al., 2013). El ZAN-BPD ($\alpha=.85$) (Zanarini, 2003), es una evaluación diseñada para ser administrada por

el clínico, la cual mide psicopatología relacionada al TLP de acuerdo con el criterio del DSM. La validez convergente y la validez discriminante del ZAN-BPD son altamente significantes (Zanarini, 2003). Adicionalmente, esta herramienta ha demostrado tener una alta consistencia interna y una sensibilidad al cambio clínicamente significativa (Zanarini, 2003). Finalmente, el PCL-C ($\alpha=.94$) (Ruggiero, et al., 2003), es un instrumento de auto-reporte diseñado para evaluar síntomas de TEPT consistente con el DSM. Esta herramienta ha demostrado consistencia interna, fiabilidad test-retest, validez convergente y validez discriminante (Ruggiero, et al., 2003).

Descripción de los participantes

Con la finalidad de proveer resultados significativos y representativos, la presente investigación requiere de la participación de 160 individuos mayores de edad (18 años). Los participantes deberán cumplir con el criterio diagnóstico para TLP y para TEPT según los estándares estipulados por el DSM-5. Los participantes serán excluidos si cumplen con el criterio diagnóstico de bipolaridad, desordenes psicóticos, discapacidad intelectual, deterioro cognitivo severo y condiciones contraindicadas para el protocolo de exposición (ej. desórdenes cardiovasculares severos).

Reclutamiento de los participantes

Los participantes se reclutarán mediante anuncios que serán colgados en los boletines de centros de adicciones, hospitales psiquiátricos, centros de la salud mental, oficinas de profesionales de la salud mental independientes, y centros médicos de Quito. Los pacientes podrán ser referidos por los profesionales que trabajen en estos lugares, o podrán autoreferirse.

Una vez que los potenciales participantes se contacten, serán informados sobre los objetivos del estudio y se responderá a las preguntas que tengan. Los participantes procederán a firmar el consentimiento informado, e iniciaran el proceso de evaluación ya mencionado para determinar si son elegibles para el estudio.

Consideraciones éticas.

Esta investigación se apega a las consideraciones éticas relacionadas a una investigación con individuos. Con el fin de garantizar esto, los participantes recibirán un consentimiento informado, en el cual se planteará los objetivos de la investigación, una descripción de los procedimientos y la duración de la misma. Adicionalmente, se aclarará el carácter voluntario de la participación y la posibilidad de retirarse en cualquier momento de la investigación sin que esto represente alguna represalia. Se detallará la importancia de la confidencialidad y las medidas que se aplicarán para garantizar el anonimato. Los nombres de los participantes no serán publicados y se utilizarán códigos para identificar todo documento relacionado a su progreso en la investigación.

La presente investigación está diseñada para prevenir cualquier daño durante su vigencia. Por este motivo, se aplicarán mensualmente, durante los 12 meses de terapia, evaluaciones que indiquen el estado sintomatológico actual de los pacientes. En el caso de detectar algún problema, se intervendrá lo antes posible, buscando el bienestar del participante por encima del progreso de la investigación. Por lo tanto, frente a cualquier emergencia que ponga en riesgo el bienestar de los participantes, se recurrirá inmediatamente a etapas previas de la terapia, un contacto más frecuente con el terapeuta individual, o a la hospitalización, dependiendo de la gravedad del caso.

RESULTADOS ESPERADOS

Con base en la revisión de la literatura y a la metodología propuesta se esperaría que los resultados de este estudio revelen una disminución en la sintomatología de evitación experiencial de personas con TLP. Si bien la combinación de la TDC y la TEP puede resultar controversial debido a la sintomatología característica del TLP, la literatura no apoya dicha preocupación (van Miennen, et al., 2012). Tanto la TDC, como la TEP son terapias con fuertes bases científicas, que han demostrado su eficacia en más de una docena de ensayos controlados (Harned, et al., 2012; van Minnen, et al., 2012). Así mismo, la elevada comorbilidad del TLP con TEPT, apoya un modelo de tratamiento que aborde los comportamientos desadaptativos del TLP, mientras trabaja en la sintomatología del TEPT.

Existe un número reducido de estudios que han combinado la TDC y la TEP y han arrojado evidencia a favor de la combinación de estas terapias. Estos estudios presentan datos preliminares que apoyan la factibilidad, aceptabilidad, seguridad y potencial efectividad de un tratamiento combinado (Harned, et al., 2012; Bohus, et al., 2013). Un primer estudio piloto diseñado específicamente para el tratamiento de pacientes con TEPT con autolesión y TLP comorbidos, propuso la combinación de TDC y TEP (Harned, et al., 2012). Este estudio señala que mediante la TDC se logró la estabilidad necesaria de los pacientes con TLP para iniciar el protocolo de TEP y no requirió más tiempo su cumplimiento (Harned, et al., 2012). EL tratamiento se asoció con reducciones significativas y estables del TEPT y en mejoras significativas en sintomatología de disociación, culpa, vergüenza, ansiedad, depresión y ajuste global (Harned, et al., 2012).

Un segundo estudio diseñado para el tratamiento de TEPT debido a abuso sexual en la infancia, no eliminó al TLP de su criterio de inclusión y propuso la combinación de la TDC y la TEP para el tratamiento de estos pacientes (Bohus, et al., 2013). En congruencia con el estudio anterior, este estudio encontró reducciones significativas de síntomas de TEPT y

mejorías en el funcionamiento global relacionadas a la disminución de sintomatología de TLP (Bohus, et al., 2013). Adicionalmente, ambos estudios señalaron que la TDC combinada con TEP es segura para poblaciones de alto riesgo, como son los pacientes con TLP (Harned, et al., 2012; Bohus, et al., 2013). Cabe recalcar, que en ninguno de las dos investigaciones se evidenció un incremento en la tasa de autolesión, ideación suicida o crisis después de completar la exposición (Harned, et al., 2012; Bohus, et al., 2013).

En relación a la evitación experiencial, la literatura indica que este síntoma juega un rol central en las dificultades que las personas con TLP enfrentan (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). La evitación experiencial es considerada el método de afrontamiento por defecto de estos individuos. De acuerdo a la investigación, algunos de los mecanismos que subyacen la evitación experiencial son eventos traumáticos, la vulnerabilidad emocional, problemas con la regulación emocional y la intolerancia al malestar (Chapman, Dixon-Gordon, & Walters, 2011). La TDC ha demostrado tener efectos positivos sobre toda la sintomatología de evitación experiencial mencionada anteriormente, con excepción del trauma (Harned, Korslund, Foa, & Linehan, 2012). Por lo tanto, incluir la TEP para el tratamiento de TEPT, asegura un tratamiento completo de la evitación experiencial. Se espera una disminución marcada de comportamientos destinados a alterar o controlar experiencias internas y una mayor apertura a experimentar un amplio rango de emociones, pensamientos, sensaciones y situaciones.

Se espera que los resultados de esta investigación sean similares a los encontrados en estos estudios piloto anteriores. Se espera que la sintomatología de evitación experiencial disminuya al igual que la sintomatología de autolesión y estrés postraumático en las dos investigaciones presentadas. Adicionalmente, se esperaría una remisión de síntomas significativo tanto del TLP en sí, como del TEPT. Por lo tanto, se proyecta un mejor funcionamiento de los participantes a nivel social, familiar y laboral.

Discusión

Tomando en cuenta la literatura existente hasta el momento, la pregunta ¿cómo y hasta qué punto la TDC aumentada con estrategias de la TEP influye en la evitación experiencial en el TPL? parece inclinarse hacia mostrar una influencia positiva de la combinación de estas terapias para el bienestar global del paciente con TLP. El propósito de esta investigación es disminuir la evitación experiencial hasta el punto de que esta no sea clínicamente significativa y no perjudique el bienestar y crecimiento psicológico de la persona.

El ideal es lograr proveer al paciente las herramientas y experiencias necesarias para que este pueda auto monitorearse y tomar decisiones que le ayuden a incrementar su calidad de vida. La meta es promover una mayor flexibilidad psicológica y reducir los comportamientos disfuncionales del individuo. Para el paciente limítrofe, el objetivo es generar la capacidad de mantener una mayor estabilidad a nivel personal e interpersonal. Este progreso podría ser observado en una mejor tolerancia a la separación, una identidad y afecto más estables, un mejor control de impulsos, la desaparición de ideación suicida y conductas autolesivas, y una mayor disposición a experimentar emociones.

Así mismo, es importante tomar en cuenta el fuerte componente biológico del TLP y, por lo tanto, la importancia de proveer cambios psicológicos y ambientales que puedan contrarrestar o suplir las deficiencias fisiológicas propias del trastorno (Nolen-Hoeksema, 2014). Algunos déficits característicos del desorden, pueden ser explicados por el volumen reducido de la amígdala y el hipocampo, generando una mayor vulnerabilidad emocional (Ruocco, Amirthavasagam, & Zakzanis, 2012). Si bien puede que no sea posible eliminar del todo la desregulación emocional y la hipersensibilidad a las emociones, si es posible generar en el paciente, mediante la experiencia, las capacidades psicológicas que le ayuden a conseguir la remisión de síntomas y una mayor probabilidad de progreso en caso de recaídas (Linehan, 1993).

Por lo tanto, la terapia propuesta en esta investigación busca proveer de una opción que genere esperanza para un grupo de pacientes cuyo profundo sufrimiento ha causado la desconfianza e incluso el rechazo de muchos profesionales de la salud mental.

Limitaciones del estudio

Una de las principales limitaciones de este estudio es la deficiencia que existe dentro del sistema psicológico y médico ecuatoriano para la identificación de pacientes con trastornos de personalidad. Como se mencionó antes, no existen datos sobre la incidencia y prevalencia de este trastorno en el país, lo cual inculca un crónico subdiagnóstico. Así mismo, la investigación y herramientas utilizadas para la generación del marco teórico y la metodología de esta investigación han sido normados en el extranjero. Otra limitación importante es la extensión de la intervención y los elevados costos que esta requiere. Finalmente, en relación al diseño de la investigación, las principales limitaciones son el diseño transversal que no permite un monitoreo de síntomas a largo plazo, y el diseño de prueba abierto.

Recomendaciones para futuros estudios

Durante el desarrollo de esta investigación se encontraron un sinnúmero de brechas en la literatura de psicopatología en el Ecuador. Sería de gran interés generar conocimiento alrededor de la presentación del TLP en la población ecuatoriana, su curso y desarrollo, su incidencia, sus factores etiológicos etc. Así mismo, sería importante generar instrumentos de medición normados en el Ecuador, y estandarizar herramientas de medición ya existentes. Finalmente, sería muy enriquecedor el llevar esta investigación a la práctica y obtener datos longitudinales.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: Author.
- Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(8), 663-670.
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., ... & Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(4), 221-233.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44(3), 371-394.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 29(1), 35-52.
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The Posttraumatic Diagnostic Scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445.
- Foa, E. B., Hembree, E. A., & Rothbaum, B. O. (2007). *Prolonged exposure therapy for PTSD: Emotional processing of traumatic experiences therapist guide*. New York: Oxford University Press.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J., & Cohen, J. A. (Eds.). (2008). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York: Guilford Press.
- Foa, E. B. (2011). Prolonged exposure therapy: past, present, and future. *Depression and Anxiety*, 28(12), 1043-1047.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... & Ansell, E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Harned, M. S., Korslund, K. E., Foa, E. B., & Linehan, M. M. (2012). Treating PTSD in suicidal and self-injuring women with borderline personality disorder: Development and preliminary evaluation of a dialectical behavior therapy prolonged exposure protocol. *Behaviour Research and Therapy*, 50(6), 381-386.
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional

- approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(4), 1152-1168.
- Kliem, S., Kröger, & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., & Dexter-Mazza, T. (2008). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. En Barlow, D.H. (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Ministerio de Salud Pública (2012). Modelo de Atención de Salud Mental en el Marco del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) – con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Obtenido de: <http://www.confbasaglia.org/wp-content/uploads/2015/01/Modelo-de-Atenci%C3%B3n-de-Salud-Mental-FINAL-julio-2014.pdf>
- National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain). (2009). Borderline personality disorder: treatment and management. National Institute for Health and Clinical Excellence. Obtenido de: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- Nolen-Hoeksema, S. (2014). *Abnormal Psychology*. New York: McGrawHill.
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518-525.
- Ortuño, F. (2010). *Lecciones de Psiquiatría*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Pagura, J., Stein, M. B., Bolton, J. M., Cox, B. J., Grant, B., & Sareen, J. (2010). Comorbidity of borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder in the US population. *Journal of Psychiatric Research*, 44(16), 1190-1198.
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S., & Zakzanis, K. K. (2012). Amygdala and hippocampal volume reductions as candidate endophenotypes for borderline personality disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 201(3), 245-252.
- Soloff, P.H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective predictors of suicidal behavior in borderline personality disorder at 6-year follow up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 484-490.

- Thompson, B. L., & Waltz, J. (2010). Mindfulness and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress disorder avoidance symptom severity. *Journal of Anxiety Disorders, 24*(4), 409-415.
- van Minnen, A., Harned, M. S., Zoellner, L., & Mills, K. (2012). Examining potential contraindications for prolonged exposure therapy for PTSD. *European Journal of Psychotraumatology, 3*.
- Yen, S., & Shea, M. T. (2001). Recent developments in research of trauma and personality disorders. *Current Psychiatry Reports, 3*(1), 52-58.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry, 169*(5), 476-483.

ANEXOS

ANEXO A: ANUNCIO PARA RECLUTAMIENTO DE PARTICIPANTES

Se buscan participantes para estudio psicológico

¿Tienes problemas regulándote emocionalmente?

¿Te autolesionas?

¿Has sufrido algún trauma?

Para más información contactar al:

0981413918 (Pamela Almeida)

pamela.almeida@estud.usfq.edu.ec

ANEXO B: FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos
Universidad San Francisco de Quito
 El Comité de Revisión Institucional de la USFQ
 The Institutional Review Board of the USFQ

Formulario Consentimiento Informado

Título de la investigación: Inclusión del protocolo de la Terapia de Exposición Prolongada en la Terapia Dialéctica Conductual para el tratamiento de evitación experiencial en el Trastorno Límite de la Personalidad

Organización del investigador *Universidad San Francisco de Quito*

Nombre del investigador principal *Pamela Almeida*

Datos de localización del investigador principal *022891210, 0981413918, pamela.almeida@estud.usfq.edu.ec*

DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO
Introducción
<p>Este formulario incluye un resumen del propósito de este estudio. Usted puede hacer todas las preguntas que quiera para entender claramente su participación y despejar sus dudas. Para participar puede tomarse el tiempo que necesite para consultar con su familia y/o amigos si desea participar o no. Usted ha sido invitado a participar en una investigación sobre la Terapia Dialéctica Conductual centrada en el trauma, porque la misma está pensada en ayudar a personas que muestren problemas de regulación emocional, y trauma.</p>
Propósito del estudio
<p>Este estudio de investigación pretende incluir 160 personas, con el fin de conformar dos grupos de 80 personas cada uno. El objetivo es analizar el efecto que tiene la Terapia Dialéctica Conductual centrada en el trauma en personas con dificultad para regular sus emociones, quienes hayan sufrido eventos traumáticos.</p>
Descripción de los procedimientos
<p>Si usted decide participar en esta investigación, deberá firmar esta forma, indicando que usted entiende la investigación y consiente su participación. Después, usted será entrevistado por un investigador. Se le hará algunas preguntas y le pedirá que llene algunos cuestionarios en relación a sus relaciones interpersonales, auto imagen, afecto e impulsividad. Adicionalmente, se le pedirá que responda preguntas relacionadas a eventos traumáticos en su vida. El investigador sólo está interesado en su experiencia personal, por lo que no hay respuestas correctas o incorrectas. Después de que la entrevista haya sido completada, el investigador hablará con usted sobre los resultados, y se decidirá si usted es elegible para participar en la investigación. De ser así, usted será asignado aleatoriamente a un grupo y recibirá terapia psicológica por un periodo de un año. A lo largo de este año, se le harán evaluaciones sintomatológicas periódicamente para determinar su progreso en la investigación.</p>
Riesgos y beneficios
<p>La presente investigación tiene como objetivo tratar conductas desadaptativas, problemas de regulación emocional y trauma. Por lo tanto, es esperable que la temática de las sesiones resulte abrumadora e incluso dolorosa para los participantes. Por este motivo, usted tendrá acceso a un equipo clínico altamente preparado y experimentado, cuyo objetivo es acompañarle y guiarle a lo largo de la intervención y proveerle</p>

de aliento en momentos difíciles.

Esta investigación pretende ampliar el conocimiento sobre la influencia de la terapia psicológica sobre la sintomatología en trastornos de regulación emocional y trauma.

Confidencialidad de los datos

Para nosotros es muy importante mantener su privacidad, por lo cual aplicaremos las medidas necesarias para que nadie conozca su identidad ni tenga acceso a sus datos personales:

- 1) La información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador y el equipo clínico tendrán acceso.
- 2) Si se toman muestras de su persona estas muestras serán utilizadas solo para esta investigación y destruidas tan pronto termine el estudio.
- 3) Su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones.
- 4) El Comité de Bioética de la USFQ podrá tener acceso a sus datos en caso de que surgieran problemas en cuanto a la seguridad y confidencialidad de la información o la ética en el estudio.

Derechos y opciones del participante

Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador principal o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento.

Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si usted tiene alguna pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0981413918 que pertenece a Pamela Almeida, o envíe un correo electrónico a pamela.almeida@estud.usfq.edu.ec

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. William F. Waters, Presidente del Comité de Bioética de la USFQ, al siguiente correo electrónico: comitebioetica@usfq.edu.ec

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Firma del participante	Fecha
Firma del testigo <i>(si aplica)</i>	Fecha
Nombre del investigador que obtiene el consentimiento informado	
Firma del investigador	Fecha

ANEXO C: HERRAMIENTAS PARA LEVANTAMIENTO DE INFORMACION**ZAN-BPD**

The Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) by Mary C. Zanarini, EdD is a brief clinician administered interview to assess severity and change in BPD symptoms. To score - count the number of yes's. A score of 8 or more is indicative of a diagnosis of Borderline Personality Disorder.

1. Have any of your closest relationships been troubled by a lot of arguments or repeated breakups? Yes ___ No ___
2. Have you deliberately hurt yourself physically (e.g., punched yourself, cut yourself, burned yourself)? How about made a suicide attempt? Yes ___ No ___
3. Have you had at least two other problems with impulsivity (e.g., eating binges and spending sprees, drinking too much and verbal outbursts)? Yes ___ No ___
4. Have you been extremely moody? Yes ___ No ___
5. Have you felt very angry a lot of the time? How about often acted in an angry or sarcastic manner? Yes ___ No ___
6. Have you often been distrustful of other people? Yes ___ No ___
7. Have you frequently felt unreal or as if things around you were unreal? Yes ___ No ___
8. Have you chronically felt empty? Yes ___ No ___
9. Have you often felt that you had no idea of who you are or that you have no identity? Yes ___ No ___
10. Have you made desperate efforts to avoid feeling abandoned or being abandoned (e.g., repeatedly called someone to reassure yourself that he or she still cared, begged them not to leave you, clung to them physically)? Yes ___ No ___

PCL

Ahora voy a leer una lista de problemas y síntomas que a veces tiene la gente después de una lesión (herida). Dígame cuánto le ha molestado cada una de estas cosas desde que ocurrió la lesión (herida).

Desde la lesión (herida), ¿cuánto le ha molestado _____?

	Para nada	Un poco	Más o menos	Bastante	Extremadamente
A. Tener recuerdos, pensamientos perturbadores o imágenes que se repiten de la lesión?	1	2	3	4	5
B. Tener sueños perturbadores y que se repiten de la lesión?	1	2	3	4	5
C. Actuar o sentir de repente como si la lesión ocurriera otra vez (como si lo a vivir)?	1	2	3	4	5
D. Sentirse muy disgustado (preocupado o afligido) cuando algo le recuerda la lesión (herida)?	1	2	3	4	5
E. Tener reacciones físicas (como latidos fuertes del corazón, le cuesta respirar, suda mucho) cuando algo le recuerda la lesión (herida)?	1	2	3	4	5
F. Evitar pensar o hablar sobre la lesión (herida) o evitar sentir algo que que ver con eso?	1	2	3	4	5
G. Evitar actividades o situaciones porque le recuerdan cuando estaba siendo (herido)?	1	2	3	4	5
H. Tener dificultad para recordar lo que pasó durante el accidente (sin contar lo que no podría recordar por estar inconsciente)?	1	2	3	4	5
I. Perder interés en las actividades que antes disfrutaba?	1	2	3	4	5
J. Sentirse distante o aislado (alejado) de otras personas?	1	2	3	4	5
K. Sentir insensibilidad emocional o incapacidad de sentir amor por sus seres queridos?	1	2	3	4	5
L. Sentir como si su futuro será más corto [o interrumpido] de alguna manera?	1	2	3	4	5
M. Tener dificultad para quedarse dormido o seguir durmiendo?	1	2	3	4	5
N. Sentirse irritado o tener arrebatos de coraje?	1	2	3	4	5
O. Tener mucha dificultad para concentrarse?	1	2	3	4	5
P. Estar siempre muy "alerta", vigilante o en guardia?	1	2	3	4	5
Q. Sentirse sobresaltado o asustado por cualquier cosa?	1	2	3	4	5

AQQ-II

Debajo encontrará una lista de afirmaciones. Por favor, puntúe en qué grado cada afirmación ES VERDAD PARA USTED. Use la siguiente escala para hacer su elección

	1 Nunca es verdad	2 Muy raramente es verdad	3 Raramente es verdad	4 A veces es verdad	5 Frecuente- mente es verdad	6 Casi siempre es verdad	7 Siempre es verdad
1. Mis experiencias y recuerdos dolorosos hacen que me sea difícil vivir la vida que querría							
2. Tengo miedo de mis sentimientos							
3. Me preocupa no ser capaz de controlar mis preocupaciones y sentimientos							
4. Mis recuerdos dolorosos me impiden llevar una vida plena							
5. Mis emociones interfieren en cómo me gustaría que fuera mi vida							
6. Parece que la mayoría de la gente lleva su vida mejor que yo							
7. Mis preocupaciones interfieren en el camino de lo que quiero conseguir							