

Modelo conductual contextual de la etiología y mantenimiento del trastorno límite de la personalidad

Behavioral Model of Etiology and Maintaining the Borderline Personality Disorder

Michel André Reyes Ortega¹
Angélica Nathalia Vargas Salinas²
Antonio Tena Suck³
UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se encuentra entre las condiciones más costosas para quienes la padecen, su entorno social y las instituciones que asumen el reto de su tratamiento. Las intervenciones con soporte empírico para este problema siguen mostrando beneficios limitados. Las terapias conductual-contextuales representan una alternativa prometedora y, desde esta perspectiva, se ofrecen dos aportaciones para la comprensión y el tratamiento de este trastorno: se desarrolla un modelo del TLP, y se menciona la utilidad de diversas técnicas conductual-contextuales de intervención; estrategias de conciencia plena, analítico funcionales, modificación y activación conductual. Finalmente, se revisa el estado empírico de estas intervenciones. El artículo se propone contribuir a la comprensión y el desarrollo de tratamientos efectivos para este problema.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad; terapia dialéctica conductual; terapia de aceptación y compromiso; psicoterapia analítico funcional; terapias de conducta de tercera generación

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the most costly conditions for sufferers, as well as for their social contexts and the institutions that are faced with the challenge of providing treatment. Interventions with empirical support for this problem continue producing limited results. Contextual behavioral therapies offer a promising alternative and from that perspective, two contributions are offered to aid in the understanding and treatment of this disorder: a BPD model is developed, and mention is made of the usefulness of various contextual intervention behavioral techniques: full awareness, functional-analytic, modification, and behavioral activation strategies. Finally, the empirical status of these interventions is checked. The article sets out to contribute to the understanding and development of effective treatments for this problem.

Keywords: borderline personality disorder, behavioral dialectic therapy, acceptance and commitment therapy, functional and analytic psychotherapy, third generation behavioral therapies

Fecha de recepción: 8 de enero de 2014 Fecha de aceptación: 23 de febrero de 2015

Para correspondencia: michel.reyes@terapiascontextuales.org

¹Instituto de Terapias Contextuales, Universidad Iberoamericana michel.reyes@terapiascontextuales.org

²Instituto de Terapias Contextuales, Universidad Iberoamericana.

³Universidad Iberoamericana.

De acuerdo con el DSM-5 (Asociación Psiquiátrica Americana, 2013), se requiere la presencia de cinco o más de los siguientes indicadores para el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP): a) esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonado, real o imaginario; b) inestabilidad en las relaciones interpersonales con periodos de idealización y devaluación de quienes conforman su red de apoyo; c) un sentido de la identidad y autoimagen inestable; d) conductas impulsivas potencialmente dañinas; e) conductas suicidas y autolesivas recurrentes; f) inestabilidad afectiva con cambios de ánimo de horas a días de duración; g) sentimientos crónicos de vacío; h) graves dificultades para controlar su enojo, e i) estados paranoides transitorios o severos síntomas disociativos.

Desde una perspectiva conductual radical, los trastornos de la personalidad (TP) se entienden como un repertorio conductual (público y privado) organizado y gobernado por un conjunto de contingencias, donde ninguna conducta es determinante del resto y todas son susceptibles de modificación (topográfica o funcional) (Skinner, 1974).

Esta perspectiva funcional difiere de la estructuralista (Sturmey, 2008), donde los TP se entienden como “una organización psicológica” que se manifiesta en las conductas descritas por los criterios diagnósticos (PDM Task Force, 2006). Sin embargo, ambas perspectivas comparten objetivos similares y pueden auxiliarse en la consecución de sus metas; por ejemplo, en los modelos psicodinámicos por lo general se busca la integración de la identidad y la reducción de síntomas de las estructuras de personalidad límite (Bateman & Fonagy, 2004; Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006), y en los modelos conductuales se busca la reducción sintomática y el desarrollo de aceptación psicológica, repertorios conductuales dirigidos a metas/valores y a una perspectiva estable del Self (Bailey, Mooney-Reh, Parker & Temelhovski, 2009).

En este trabajo se asume que la importancia de respetar los modelos taxonómicos tradicionales reside en beneficiarse de la literatura empírica relacionada, y la posibilidad de comunicarse y contribuir al desarrollo colaborativo de la ciencia clínica con disciplinas afines. Pero se reconocen los riesgos de tratar a una entidad diagnóstica (TLP) como si fuera una condición que existe independientemente de la mirada del profesio-

nal de la salud, y que reside en el cuerpo físico o en la “psiquis” de la persona que recibe el diagnóstico.

En la actualidad, los datos existentes sobre la eficacia de las intervenciones terapéuticas con sustento empírico para el TLP son limitados: por ejemplo, tratamiento basado en la mentalización (Bateman & Fonagy, 1999, 2001), terapia centrada en el esquema (Geisen-Bloo *et al.*, 2006), psicoterapia focalizada en la transferencia (Clarkin *et al.*, 2001), y la misma terapia dialéctica conductual (Scheel, 2000; Verheul *et al.* 2003). Pensamos que las terapias conductuales contextuales representan una alternativa de tratamiento psicosocial empíricamente sustentada, teóricamente consistente, flexible y viable para su intervención, así como una valiosa aportación a los equipos clínicos en contextos sanitarios públicos y privados. Desde esta aproximación, desarrollamos un modelo teórico y revisamos la utilidad de algunas intervenciones conductual-contextuales con la esperanza de contribuir a la comprensión y el tratamiento eficaz de este trastorno.

UN MODELO CONDUCTUAL DEL TLP

El *conductismo radical* es la base filosófica desde la cual B. F. Skinner construyó su perspectiva de la psicología (1953). Es una filosofía de la ciencia (Sturmey, 2008) que representa un cuerpo unificado y coherente de conocimiento, aunque mantiene una postura ateórica o aontológica (Skinner, 1950). Su objeto de estudio es la *conducta* (Watson, 1929), entendida como cualquier cosa que hace un organismo, y busca obtener *principios universalmente válidos* para poder predecirla e influirla (Törneke, 2010). Para lograr estos objetivos adopta un método de construcción de conocimiento estructurado “de abajo hacia arriba”. De esta forma, su práctica puede dividirse en el análisis experimental de la conducta, el análisis conductual aplicado (Baer, Wolf & Risley, 1968) y el análisis de la conducta clínica (Dougher, 2011).

Actualmente, se usa también el término *contextualismo funcional* (Gifford & Hayes, 1999) como alternativa para referirse al conductismo radical, para enfatizar la relación filosófica existente entre el conductismo de Skinner y otras aproximaciones psicológicas contextualistas como el constructivismo social o algunos tipos de feminismo psicológico (Roche & Barnes-Holmes, 2003; Gifford & Hayes, 1999). El

elemento distintivo de esta perspectiva, a diferencia de otras contextualistas, es la adopción de un criterio de verdad pragmático donde lo “cierto” sólo puede considerarse como tal en términos de que permite predecir e influir en los eventos de la realidad, no en función de la “precisión” con que la describe.

Desde nuestra perspectiva conductual radical (Skinner, 1953; Törneke, 2010) o contextualista funcional (Gifford & Hayes, 1999; Roche & Barnes-Holmes, 2003), conceptualizamos al TLP como un patrón de *evitación experiencial* donde:

- a) La interacción entre antecedentes biológicos e históricos como la dificultad para regular las emociones y una historia de adversidad y maltrato continuos, resultan
- b) en la presencia de severos episodios de rigidez cognitiva (que varían entre la ideación paranoide, pensamiento polarizado y dificultades para cambiar de perspectiva) y experiencias emocionales inusuales (por ejemplo, reexperimentación traumática, ira o experiencias disociativas) relacionadas con
- c) comportamientos impulsivos (tan variados como autolesiones, abuso de sustancias, anorexia, promiscuidad, hostilidad, etc.) que tienen el efecto de reducir el malestar psicológico a corto plazo, pero al mismo tiempo amenazan la sobrevivencia, la satisfacción de objetivos personales, la capacidad para vincularse con otras personas, el establecimiento de la identidad, y promueven sentimientos de vacío.

Creemos que esta conceptualización puede explicar la diversidad de síntomas en el tiempo y la variabilidad existente entre ellos, presentados por las personas que reciben este diagnóstico sin que la topografía de estos comportamientos represente una complicación para su entendimiento o tratamiento (Morton & Shaw, 2012; Reyes, Vargas & Miranda, 2014).

La figura 1 presenta, gráficamente, nuestro modelo sobre el desarrollo y el mantenimiento del TLP.

Historia de aprendizaje

Las conductas específicas de cada persona diagnosticada con TLP pueden explicarse a partir de su historia

de aprendizaje, donde los tres principios básicos son el operante, el respondiente y el relacional.

Experiencias traumáticas - desregulación emocional

La *desregulación emocional* (DR) implica una severa dificultad o inhabilidad para afrontar la experiencia emocional, manifestada como una excesiva activación (por ejemplo, pánico, urgencias imperiosas, reexperimentación de eventos traumáticos, etc.) o desactivación de la

De acuerdo con Swales y Heard (2009) puede ocurrir por una de tres razones o su combinación: a) predisposición genética, b) eventos intrauterinos adversos, o c) la exposición temprana o repetitiva a eventos traumáticos. En todos los casos, el mantenimiento y la dificultad para lidiar con estas experiencias se relacionan con el uso de estrategias de regulación emocional inefectivas.

En el tercer caso, la exposición repetitiva a privaciones y situaciones traumáticas en la infancia es la más documentada en el caso de las personas con TLP, y se asocia al aprendizaje de respuestas emocionales negativas intensas (Briere, 1992; Morton & Shaw, 2012; Morton & Buckingham, 1994). Como los niños difícilmente han desarrollado destrezas para reconocer y regular sus emociones, por lo general usarán estrategias de supresión sintomáticas (evitación experiencial) inefectivas para su regulación (Briere, 1992).

Un adulto con estos antecedentes presentará severos síntomas postraumáticos y disociativos ante situaciones relacionadas con aquéllas donde fue maltratado, graves dificultades para vincularse y confiar en otras personas, rígidos patrones de evitación experiencial, y pocas destrezas de regulación emocional efectivas.

Invalidación

En su modelo biosocial, Linehan (1993) sugirió que la interacción entre una biología vulnerable y un ambiente social invalidante sientan las bases para el desarrollo del TLP.

Como los entornos invalidantes ignoran o castigan la expresión de los sentimientos hasta que se vuelve extremadamente disruptiva o peligrosa, se moldean y refuerzan conductas de regulación emocional y bús-

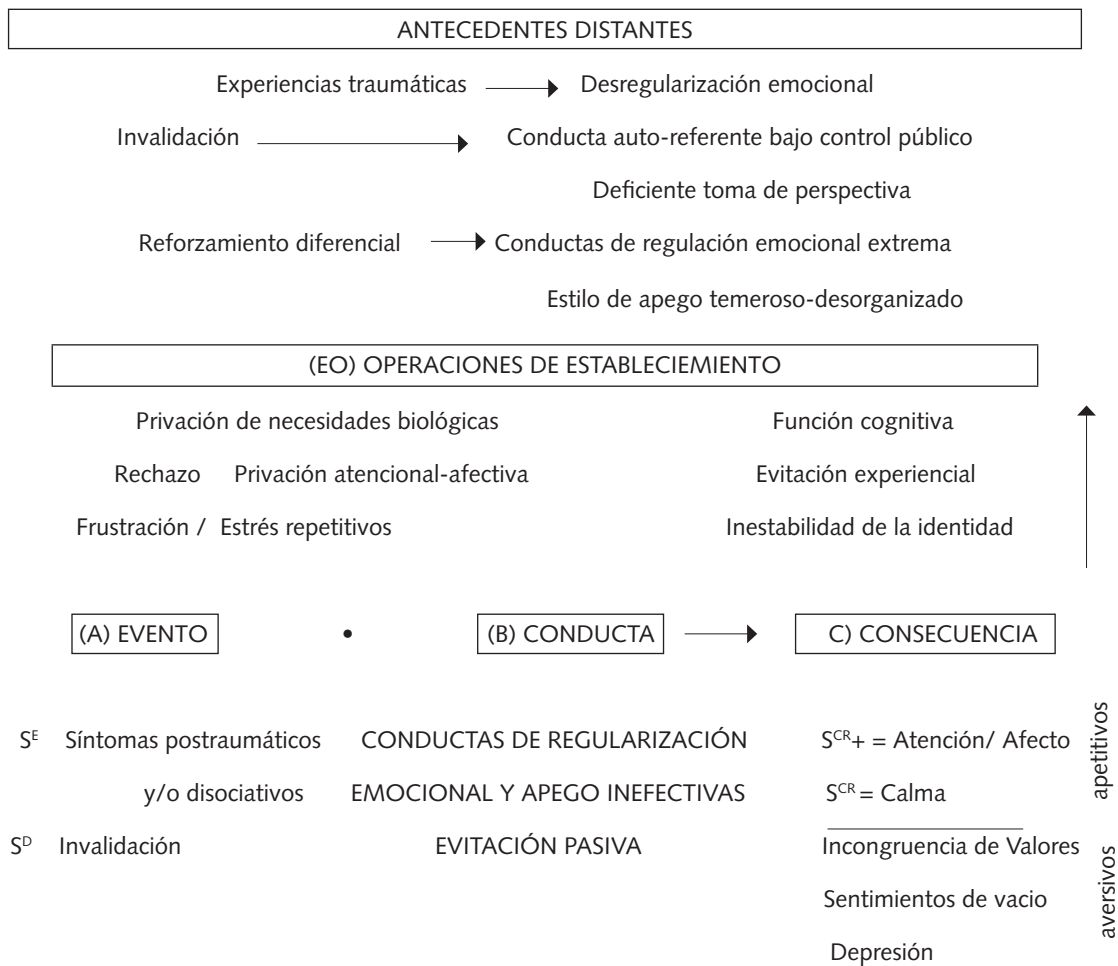


FIGURA 1. MODELO CONDUCTUAL DEL TLP

La figura se compone de tres partes: a) en la historia del aprendizaje se indica una relación positiva entre la exposición a diversas experiencias adversas y el aprendizaje de variadas respuestas problemáticas, y una relación negativa con el aprendizaje de respuestas efectivas; b) las operaciones de establecimiento indican las condiciones en que normalmente se incrementaría la aparición de las respuestas problemáticas, y c) las contingencias de reforzamiento indican las situaciones (A) que motivan la presencia de patrones comportamentales problemáticos (B), que tienen una alta probabilidad de presentarse en el futuro por sus consecuencias apetitivas inmediatas, pero que deberían reducirse por sus consecuencias aversivas a largo plazo (C).

queda de atención extremas en detrimento de conductas mejor adaptadas.

Además, este ambiente se asocia a una percepción del “mundo interno” como confuso y amenazante, lo que resulta en su evitación, alexitimia y estilos cognitivos irreflexivos (Bailey *et al.*, 2009).

Conducta autorreferente bajo control público

Kohlenberg, Tsai, Kanter y Parker (2009) describieron un continuo donde: a) en un extremo se encuentra una experiencia ideal que llamamos *Self* como perspectiva; ésta es continua y estable, y representa un *locus* desde el cual puede observarse la experiencia; b) en el otro extremo está el *Self inestable o vacío*, expresado

a partir de frases como “no sé quién soy”, o que presenta múltiples visiones del sí mismo en conflicto, c) otro problema relacionado con la falla por desarrollar un *Self* como perspectiva es el apego excesivo al *Self conceptualizado*, una imagen rígida y estereotipada del sí mismo. Estos repertorios resultan de la interacción del niño con el entorno y el desarrollo del lenguaje (para una explicación más detallada ver Hayes, Barnes & Roche, 2001).

En el desarrollo ideal, la respuesta “Yo” está controlada predominantemente por estímulos privados, mientras que los ambientes invalidantes se asocian a lo opuesto, lo que resulta en los crónicos sentimientos de las personas con TLP (Kanter, Parker & Kohlenberg, 2001).

Estas personas tendrán dificultades para identificar sus valores porque no se ha reforzado su identificación, o porque evitan identificarlos para no ser invalidados o decepcionados (Morton & Shaw, 2012).

Deficiente toma de perspectiva – fusión cognitiva

El desarrollo deficiente del *Self* como perspectiva deriva en *fusión cognitiva*, y como resultado en dificultades para asumir que las opiniones son subjetivas, comprender otros puntos de vista y cambiar el propio (Morton & Shaw, 2012).

Otro problema relacionado con el TLP es el rígido apego al Yo como concepto, pues el Yo como perspectiva normalmente parece amenazante desde un marco donde es equivalente a la conceptualización y, por lo tanto, eliminar la conceptualización equivale a la eliminación del Yo (Bailey *et al.*, 2009).

Historia de reforzamiento

El aprendizaje por evitación y escape es el mecanismo operante básico que explica el aprendizaje de las conductas problemáticas de las personas con TLP.

Conductas de autorregulación extremas

Con frecuencia, las conductas autoderrotistas de las personas con TLP ocurren de forma impulsiva; la impulsividad se relaciona con sus dificultades para aceptar sentimientos desagradables y a repertorios de afrontamiento efectivos para obtener alivio a corto plazo pero problemáticos a largo plazo; es decir, incompatibles con los valores de la persona y la satisfacción de sus metas.

Estas conductas básicamente funcionan para reducir su malestar psicológico y obtener apoyo, atención y cuidado por parte de otras personas (Morton & Buckingham, 1994). Con el tiempo, estos comportamientos dañan las relaciones del individuo porque ponen demasiada presión a su red de apoyo, y a largo plazo lo vuelven cada vez más invalidante y resentido.

Asimismo, pueden privar a la persona de atención y ésta, al sentirse rechazada y desesperada, comienza el ciclo de nuevo.

Apego temeroso-desorganizado

La perspectiva conductual del *apego* lo considera un repertorio de búsqueda de cuidado y afecto desarro-

llado a partir de la historia de aprendizaje (Hazan & Shaver, 1987; Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2009).

Las personas con TLP, por lo general, presentan un estilo de apego denominado *temeroso-desorganizado*, desarrollado por historias de refuerzo moderado, bajos niveles de desatención y altas tasas de castigo de sus conductas de apego (Mansfield & Córdova, 2007).

Estas transacciones indican una disponibilidad periódica de refuerzo que mantiene la búsqueda de afecto, pero con temor de recibir castigo o desatención; como resultado, el repertorio conductual desarrollado incluye variedad de comportamientos de aproximación, evitación y agresión.

Antecedentes motivacionales

Estas condiciones modulan la efectividad de unas consecuencias sobre otras, y por lo tanto la frecuencia de las clases conductuales que controlan (Michael, 1993).

En el modelo propuesto, las personas con TLP pueden mostrar estabilidad y alto funcionamiento psicológico, a menos que se encuentren expuestas a situaciones estresantes que incrementen su sensibilidad a la estimulación aversiva, y disminuyan la efectividad percibida de las estrategias de afrontamiento deseables. Creemos que la desatención de sus necesidades biológicas (privación de sueño, mala alimentación, intoxicación), sobreexposición al castigo interpersonal o privación de afecto y la frustración o estrés repetitivos, representan los escenarios típicos que incrementan la probabilidad de aparición de las conductas disfuncionales características del trastorno.

Contexto inmediato / contingencias de reforzamiento

El *contexto* descrito se refiere a los antecedentes (A) y consecuencias (C) que influyen en la aparición y el mantenimiento de una conducta (B), esta operación “A ■ B→C” es denominada *contingencia de reforzamiento* (Skinner, 1968).

En nuestro modelo, un primer antecedente de interés es la exposición a estímulos que dan lugar a la experimentación de síntomas postraumáticos, paranoides y disociativos (S^E). Estas experiencias (S^D) desatan conductas de regulación extremas que resultan en el alivio (S^{CR}) y la obtención de apoyo a corto plazo

(S^{CR+}), pero a largo plazo llevan a la *extinción* de conductas congruentes con sus metas (S^{EXT}) y una privación de valores (S^{CC-}) que resultan en estados de ánimo negativos y sentimientos de vacío (S^{CC+}).

Otros estímulos relevantes son situaciones invalidantes, como desatención o rechazo, que motivan conductas de apego problemáticas (por ejemplo, idealización de quienes apoyan y devaluación de quienes no lo hacen, agresión interpersonal, esfuerzos para evitar el abandono, etc.). Se asume que las consecuencias a corto y largo plazo son similares a las expuestas previamente.

En nuestro modelo, la fusión cognitiva con pensamientos de desamparo, desesperanza, o ideas paranoides desalienta el uso de comportamientos alternativos, y funciona como un S^D para la evitación pasiva (dependencia, inmovilidad, etc.). Las consecuencias identificadas son las mismas.

Tratamiento conductual del TLP

Las *terapias conductual-contextuales* (TC-C) se adhieren a los principios del contextualismo funcional, y representan diversas formas de análisis clínico conductual aplicado; son sistemas pragmáticos y definen sus unidades de análisis en términos de lo que resulta útil para lograr un efecto clínico deseado (Kanter, Busch & Rusch, 2009).

Estas psicoterapias, por lo general, se auxilian del uso de gran variedad de estrategias de aceptación y *conciencia plena* (o *mindfulness*), administración de contingencias en vivo, clarificación de valores y entrenamiento de habilidades de afrontamiento que pueden ser útiles para la persona con TLP.

Conciencia plena

La conciencia plena o *mindfulness* es un tipo de autoobservación que desempeña un papel importante en el desarrollo del *Self*, y ayuda a las personas a permanecer ante S^D aversivos (como pensamientos negativos o sentimientos intensos) que normalmente evocarían (Bs) de evitación o escape, y que en cambio provee la oportunidad de presentar nuevos comportamientos que pudieran ser reforzados (Kohlenberg *et al.*, 2009).

Estas estrategias son útiles tanto para el desarrollo del *Self* como perspectiva (Kohlenberg *et al.*, 2009; Hayes, Strosahl & Wilson, 2012) como para el

tratamiento de los síntomas postraumáticos y disociativos (Baer, 2003; Bowen, Witkiewitz, Dillworth & Marlatt, 2007; Dimidjian & Linehan, 2003; Hayes, Masuda, Bissett, Luoma & Guerrero, 2004; Orsillo, Roemer, Block-Lerner, LeJeune & Herbert, 2004; Walser, Westrup & Hayes, 2007).

Sin embargo, pueden provocar elevados niveles de ansiedad en los usuarios con TLP, por lo que es crucial ser precavido en su aplicación (Bailey *et al.*, 2009).

Relación terapéutica

La psicoterapia analítica funcional (FAP) es un tipo de TC-C basada en la aplicación de los principios del reforzamiento a la relación terapéutica (Tsai, Kohlenberg & Kanter, 2010); su meta es, principalmente, ayudar a las personas a construir relaciones justas, estables e íntimas (Panksey, 2012; Weeks, Kanter, Bonow, Landes & Busch, 2011).

En el caso de las personas con TLP, sus estrategias pueden ser de utilidad para el clínico que pretende ayudarlos a identificar las respuestas “del otro” que motiven sus comportamientos problemáticos y discriminar el efecto que tiene su conducta en los demás, desarrollar habilidades interpersonales, intimidad y un sentido estable de la identidad (Kohlenberg, Kohlenberg & Tsai, 2009; Pankey, 2012; Wetterneck & Hart, 2012).

Regulación emocional

El tratamiento más estudiado y de mayor efectividad documentada para el desarrollo de habilidades de regulación emocional en personas con TLP es la *terapia dialéctica conductual* (DBT) (Linehan, 1993); este modelo balancea el entrenamiento en habilidades de afrontamiento con la validación de la vulnerabilidad de la persona con TLP.⁴

Este modelo incluye cuatro módulos de entrenamiento en habilidades que ayudan al usuario a desarrollar o refinar las conductas necesarias para actuar de manera efectiva y congruente con sus valores personales (Beatson, Rao & Watson, 2010; Chiles &

⁴ Esta actitud previene que el terapeuta y el tratamiento adquieran funciones aversivas que se traduzcan en conductas de evitación (resistencia) o su incremento en el entorno natural (acting out) (Sidman, 1989). Además, al sustituir una conducta por otra de función y valor equivalente previene resistencia a la extinción, incremento temporal de las conductas problemáticas o generación de otras conductas problemáticas sustitutas (sustitución o generación de síntomas) (Kearney, 2008).

Strosahl, 2005; Morton & Shaw, 2012). Otro modelo útil es la *terapia de desactivación modal* (MDT) (Apsche & DiMeo, 2012).

Desarrollo de satisfacción y autorrespeto

Las estrategias de clarificación y compromiso con los valores de la *terapia de aceptación y compromiso* (ACT) (Hayes *et al.*, 2004; Wilson & Luciano, 2002) y *activación conductual* (BA) permiten promover acciones congruentes con los valores. Estas estrategias pueden ayudar al usuario con TLP a desarrollar mayor satisfacción con su vida a partir de su competencia para exponerse a estímulos gratificantes y sensibilizarse a los reforzadores de su conducta (Kanter *et al.*, 2009; Martell, Dimidjan & Herman-Dunn, 2010).

Efectividad de las TC-CS para el tratamiento del TLP

Actualmente la DBT es el tratamiento más estudiado en la reducción de la conducta suicida en usuarios polisindrónicos, con conductas autolesivas crónicas y TLP. Estudios aleatorizados controlados (RCT) han mostrado su eficacia para controlar la conducta suicida y autolesiva (Linehan, Heard & Armstrong, 1993; Linehan, Kanter & Comtois, 1999; Koons *et al.*, 2001; Verheul *et al.*, 2003; Van den Bosch *et al.* 2005; Linehan *et al.*, 2002).

Sin embargo, la DBT excede los recursos de muchas instituciones que no pueden instaurar todos sus elementos; por ejemplo, los módulos grupal, individual y de asistencia telefónica a las crisis. Por eso, consideramos necesario divulgar y alentar la investigación sobre otros modelos de intervención que pudieran aplicarse flexiblemente y complementarse para brindar un servicio apropiado para estas personas. En particular, creemos que otros modelos de TC-C pueden auxiliar en esta tarea, pues se combinan fácilmente con estrategias de TDC (Apsche, Bass & DiMeo, 2010; Apsche & DiMeo, 2012; Waltz, Landes & Holman, 2010), potencian sus efectos entre sí y han demostrado eficacia como elementos únicos de tratamiento.

Por ejemplo, en un estudio aleatorizado controlado una intervención que combinaba elementos de ACT y DBT mostró mayor efectividad que intervenciones sólo ACT y solo DBT (Shearin & Linehan, 1994). Otro

par de RCT muestran la eficacia de ACT para la reducción de conductas autolesivas, desregulación emocional, evitación experiencial, severidad de los síntomas de TLP, ansiedad y depresión (Gratz & Gunderson, 2006; Morton, Snowdon, Gopold & Guymer, 2010). Estudios de caso han mostrado la efectividad de la FAP en el tratamiento del TLP (Kohlenberg & Tsai, 2000; Reyes, Vargas, Miranda & Arango, 2014), y TLP con otros trastornos de personalidad en comorbilidad (Callaghan, Summers & Weidman, 2003; Koerner, Kohlenberg & Parker, 1996; Kohlenberg & Tsai, 1991); mientras que otros RCT han mostrado su efectividad al combinarse con estrategias de DBT para el tratamiento de personas con trastornos de la personalidad no especificados y con rasgos del cluster B (Wagner, 2005).

CONCLUSIÓN

En este trabajo presentamos un modelo que tiene como finalidad ayudar a comprender el TLP desde una óptica conductual, aunque asumimos que es imposible conocer la totalidad de variables que han influido para moldear su comportamiento. Afortunadamente, no es necesario un conocimiento detallado de la etiología para su tratamiento conductual, aunque sí requiere una evaluación comprensiva y comprensión ideográfica. Esperamos que el modelo propuesto auxilie a los clínicos interesados en esta tarea.

Pensamos que las TC-C representan una alternativa de tratamiento psicosocial empíricamente sustentada, teóricamente consistente, flexible y viable para el tratamiento de este trastorno, y representan una valiosa aportación a los equipos clínicos tanto en contextos sanitarios públicos como privados.

Aquí ofrecimos un modelo conceptual del TLP, describimos diversos factores contextuales asociados a su etiología y mantenimiento, y sugerimos la forma en que algunos métodos clínicos conductuales pueden usarse de manera flexible para su tratamiento. Nuestro objetivo y aportación básica fue la difusión de algunas aportaciones del pensamiento analítico funcional a la comprensión del problema, ilustrar sus aplicaciones clínicas, y promover la investigación sobre los procesos y principios de la TC-C en su intervención, independientemente de la investigación existente sobre la efectividad de protocolos de intervención estructurados. ♦

REFERENCIAS

- Apsche, J.A. & DiMeo, L. (2012). *Mode deactivation therapy for aggression and oppositional behavior in adolescents: An integrative methodology using act, dbt, and cbt*. Oakland, CA: New Harbinger
- Apsche, J.A., Bass, C.K. & DiMeo, L. (2010). Mode deactivation therapy (mdt) comprehensive meta-analysis. *Journal of Behavior Analysis*, 2(3), 171-182.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition (dsm-5)*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness Training as a clinical intervention: A conceptual and empirical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 125-143.
- Baer, D.M., Wolf, M.M. & Risley, T.R. (1968). Some current dimensions for applied behavior analysis. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 1, 91-97.
- Bailey, A., Mooney-Reh, D., Parker, L. & Temelkovski, S. (2009). Beyond the fragmented self: integrating acceptance and psychodynamic approaches in the treatment of borderline personality. En: J. Ciarrochi & F.P. Deane (Eds.), *Acceptance and commitment therapy: Contemporary theory research and practice* (281-310). Bowen Hills: Australian Academic Press.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (1999). The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A.W., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Beatson, J., Rao, S. & Watson, C. (2010). *Borderline personality disorder: towards effective treatment*. Melbourne, Vic: Victoria Medical Postgraduate Foundation.
- Bowen, S. Witkiewitz, K., Dillworth, T.M., & Marlatt, G. A. (2007). The role of thought suppression in the relationship between mindfulness meditation and substance use. *Addictive Behaviors*, 32, 2324-2328
- Briere, J. (1992). *Child abuse and trauma*. New York: Sage Publications.
- Callaghan, G.M., Summers, C.J. & Weidman, M. (2003). The treatment of histrionic and narcissistic personality disorder behaviors: A single subject demonstration of clinical effectiveness using functional analytic psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33, 321-339.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., & Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: Focussing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Clarkin, J.F., Foelsch, P.A., Levy, K.N., Hull, J.W., Delaney, J.C., & Kernberg, O.F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: A preliminary study of behavioural change. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 487-495.
- Chiles, J.A. & Strosahl, K.D. (2005). *Clinical manual for assessment and treatment of suicidal patients*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Dimidjian, S., & Linehan, M. (2003). Defining an agenda for future research on the clinical application of mindfulness practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 166-171.
- Dougher, M. (2011). *Clinical behavior analysis*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Geisen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T. et al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused psychotherapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.
- Gifford, E.V., & Hayes, S.C. (1999). Functional contextualism: A pragmatic philosophy for behavioral science. En: W. O'Donohue & R. Kitchener (Eds.), *Handbook of behaviorism* (pp. 285-327). San Diego, CA: Academic Press.
- Gottman, J.M. & Katz, L.F. (1990). Effects of marital discord on young children's peer interaction and health. *Developmental Psychology*, 25: 373-381.
- Gratz, K.L. & Gunderson, J.G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 37, 25-35.

- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-skinnerian account of human language and cognition*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S.C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J. & Guerrero, L.F. (2004). dbt, fap, and act: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, 35, 35-54.
- Hayes, S.C., Strosahl, K.D. & Wilson (2012). *Acceptance and commitment therapy: the process and practice of mindful change*. New York: Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 511-524.
- Kanter, J.K., Busch, A.M. & Rusch, L. C. (2009). *Behavioral activation: distinctive features*. New York: Routledge.
- Kanter, J.W., Parker, C.R., & Kohlenberg, R.J. (2001). Finding the self: A behavioral measure and its clinical implications. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(2), 198-211.
- Kearney, A. J. (2008). *Understanding applied behavior analysis: An Introduction to aba for parents, teachers, and other professionals*. Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Koerner, K., Kohlenberg, R.J. & Parker, C.R. (1996). Diagnosis of personality disorder: A radical behavioral alternative. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1169-1176.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (1991). *Functional analytic psychotherapy: A guide for creating intense and curative therapeutic relationship*. New York: Plenum.
- Kohlenberg, R.J. & Tsai, M. (2000). Radical behavioral help for Katrina. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7(4), 500-505.
- Kohlenberg, R.J., Kohlenberg, B. & Tsai, M. (2009). Intimacy. En: M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follete & G.M. Callaghan (Eds.), *A guide to functional analytic psychotherapy; awareness, courage, love, and behaviorism* (pp. 131-144). New York: Springer.
- Kohlenberg, R.J., Tsai, M., Kanter, J.W. & Parker, Ch.R. (2009). Self and mindfulness. En: M. Tsai, R.J. Kohlenberg, J.W. Kanter, B. Kohlenberg, W.C. Follete & G.M. Callaghan (Eds.), *A guide to functional analytic psychotherapy; awareness, courage love, and behaviorism* (pp. 131-144). New York: Springer.
- Koons, C.R., Robins, C.J., Tweed, J.L., Lynch, T.R., Gonzalez, A.M., Morse, J.Q. et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32, 371-390.
- Leahy, R.L., Tirsch, D.D. & Napolitano, L.A. (2011). *Emotion regulation in psychotherapy: A practitioner's guide*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: The Guilford Press.
- Linehan, M.M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds, S.K., Comtois, K., Shaw-Welch, S., Heagerty, P. et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12-Step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 13-26.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., & Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline clients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-974.
- Linehan, M.M., Kanter, J.W., & Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: efficacy, specificity, and cost-effectiveness. En: D. S. Janowsky (Ed.), *Psychotherapy: Indications and outcomes* (pp. 93-118). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Mansfield, A.K., & Córdova, J. V. (2007). A contemporary behavioral perspective on adult intimacy disorders. En D. Woods & J. Kanter (Eds.), *Understanding behavior disorders: A contemporary behavioral perspective*. Reno, NV: Context Press.
- Martell, C.R., Dimidjan, S., Herman-Dunn, R. (2010), *Behavioral activation for depression, a clinician's guide*. New York: Guilford.
- Michael, J. (1993). Establishing Operations. *The behavior analyst*, 16, 191-206.
- Morton, J. & Buckingham, B. (1994). *Service options for clients with severe or borderline personality disorders: consultant's report*. Melbourne, Vic.: Department

- of Health and Community Services, Psychiatric Services Branch Victoria.
- Morton, J. & Shaw, L. (2012). *Wise choices: acceptance and commitment therapy groups for people with borderline personality disorder*. Melbourne, Vic.: Australian Postgraduate Medicine.
- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M. & Guymer, E. (2010). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector private study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527-544.
- Orsillo, S.M., Roemer, L., Block-Lerner, J., LeJeune, C. & Herbert, J. D. (2004). act with anxiety disorders. En: S. C. Hayes & K. Strosahl (Eds.), *A practical guide to acceptance and commitment therapy* (pp. 103-132). New York: Springer.
- Panksey, J. (2012). Functional analytical psychotherapy (fap) for cluster b personality disorders: creating meaning, mattering and skills. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 117-124.
- PDM Task Force. (2006). *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations.
- Reyes, M., Vargas, A. & Miranda, E. (2014). *Functional contextual theory of borderline personality disorder* – Association for Contextual Behavioral Science's World Conference xii, Minneapolis.
- Reyes, M. Vargas, A., Miranda, E. & Arango, I. (2014). *Preliminary data of the effectiveness of an act+fap Based Program for Borderline Personality Disorder* – Association for Contextual Behavioral Science's World Conference xii, Minneapolis.
- Roche, B., & Barnes-Holmes, D. (2003). Behavior analysis and social constructivism: Some points of contact and departure. *Behavior Analyst*, 26, 215-231.
- Scheel, K.R. (2000). The empirical basis of dialectical behaviour therapy: Summary, Critique and Implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7, 68-86.
- Sidman, M. (1989) *Coercion and its fallout*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Shearin, E.N. & Linehan, M.M. (1994). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theoretical and empirical foundations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 89, 61-68.
- Skinner, B.F. (1950). Are psychological theories of learning necessary? *Psychological Review*, 57, 193-216.
- Skinner, B.F. (1953). *Science and human behavior*. New York: Macmillan.
- Skinner, B.F. (1968). *The technology of teaching*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Skinner, B.F. (1974). *About behaviorism*. New York: Knopf.
- Sturmey, P. (2008). *Behavioral case formulation and intervention: A functional analytic approach*. New York: Wiley.
- Swales, M.A. & Heard H.L. (2009). *Dialectical behavior therapy: distinctive features*. New York: Routledge.
- Törneke, N. (2010). *Learning rft: An introduction to relational frame theory and its clinical application*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Tsai, M., Kohlenberg, R.J. & Kanter, J.W. (2010). A functional analytic psychotherapy (fap) approach to the therapeutic alliance. En: J.P. Muran & J.P. Barber (Eds.), *The Therapeutic Alliance: An evidence-based guide to practice* (pp. 172-190). New York: The Guilford Press.
- Van den Bosch, L.M. C., Maarten, W.J., Koeter, M.W. J., Stijen, T., Verjeul, V. & vVan den Brink, K. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1231-1241.
- Verheul, R., Van den Bosch, L.M.C., Koeter, M.W.J., de Ridder, M.A.J., Stijnen, T. & Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-Month, *Randomised Clinical Trial in the Netherlands*. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-140.
- Walser, R.D. Westrup, D. & Hayes, S.C (2007). *Acceptance and commitment for the treatment of post- traumatic stress disorder & trauma- related problems: a practitioner's guide to using mindfulness acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Walser, R.D. & Westrup, D. (2007). *Acceptance and commitment therapy for the treatment of post-traumatic stress disorder: a practitioner's guide using mindfulness and acceptance strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Waltz, J. Landes, S.J. & Holman, G.I. (2010). fap and dbt: Similarities, divergence, and integration. En: J.W. Kanter, M. Tsai, & R.J. Kohlenberg (Eds.), *The practice of functional analytic psychotherapy* (pp. 31-46).

- New York: Springer.
- Wagner, A.W. (2005). A behavioral approach to the case of Ms. S. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15(1), 101-114.
- Watson, J.B. (1929). *Psychology from the standpoint of the behaviorist* (3a. ed.). Philadelphia: Lippincott.
- Weeks, C.E., Kanter, J.W., Bonow, J.T., Landes, S.J. & Busch, A.M. (2011). Translating the theoretical into practical: a logical framework of functional analytic psychotherapy interactions for research, training and clinical purposes. *Behavior Modification*, xx(x) 1-33.
- Wetterneck, Ch. T & Hart, J.M. (2012). Intimacy is a trans-diagnostic problem for cognitive behavior therapy: functional analytical psychotherapy is a solution. *The International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7, 167-176.
- Wilson, K.G. & Luciano, C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso. Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.