

Cambios en la psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad, en los pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica

Pablo Cuevas*
 José Camacho*
 Rodolfo Mejía*
 Ivonne Rosario*
 Ramón Parres*
 Josefina Mendoza*
 David López*

Summary

There are very few studies on the changes in patients with borderline personality disorder (BPD) treated with psychodynamic psychotherapy, around the world, and as far as we know, this is the first report in Mexico on this subject. The main features of this disorder appear at 18 years of age (75% females; 25% males) and are frequent crises characterized by impulsivity (physical fights, substance abuse, suicide or self-mutilating behavior), affective instability (episodes of depression, anxiety and anger) and alterations in identity (sudden changes in values, vocational or labor goals) that consume a lot of health resources and contribute to many failures in academic and work performance. Its treatment always needs some form of individual or group psychotherapy, with medication at times. In most of the clinical settings this disorder is considered as untractable or to take years to produce beneficial modifications. According to the epidemiological studies of several countries, this disorder appears in 1.1 to 4.6% in the general population, in 10% of the patients in ambulatory mental health centers, in 20% of the hospitalized psychiatric patients and in 30 to 60% of the patients with personality disorders. In a clinical psychiatric population in the Central Military Hospital (Mexico City) the prevalence was 35.7%. This paper reports changes observed in the psychopathology of borderline personality disorder treated by therapists trained in the Kernberg's manualized psychodynamic psychotherapy, delivered in two weekly 45 minutes sessions, videorecorded and supervised once a week by experts. As for the therapists that participated in the study, four were psychoanalysts with a mean experience of 12 years (D.E. = 1.15) and 10 psychotherapists with a mean experience of 4.67 years (D.E. = 4.23). The experience of both groups of therapists was significantly different ($U = 7.5, p = .002$). Nineteen patients were treated: four males and 15 females who met the DSM IV borderline personality disorder criteria. Measurements of the psychopathology and global functioning were made at the beginning of the treatment, and every 24 sessions during a two years period, using the Clarkin's Dimensional Scale of the DSM IV Borderline Personality Disorder,

and the DSM IV Global Assessment of Functioning. The results were: a) Eleven patients no longer met the DSM IV borderline personality disorder criteria at the 72nd session measurement, b) there was a positive change in the severity of the psychopathology in all criteria along time, c) the impulsivity criteria disappeared at the 24th session evaluation; affective instability criteria almost disappeared at the 48th session evaluation, while identity alterations criteria had only minimal changes even in those patients that remained in treatment for almost two years, d) the gain in the Global Assessment of Functioning from the beginning to the 72nd session measurement was 70% and, f) there were no significative differences between the type of therapist and the improvement of the patient in the measurements. These results should be replicated and contrasted with randomized and comparative studies between this type of therapy and supportive psychotherapy, cognitive-behavioral therapy, interpersonal therapy, group therapy and medication in patients of other social classes treated by residents in psychiatry and clinical psychologists before making available this therapy to a wider patients population.

Key words: Borderline personality disorder, psychodynamic psychotherapy, psychotherapy-methods.

Resumen

Los estudios sobre los cambios en los pacientes con psicopatología del trastorno limítrofe de la personalidad (TLP) tratados con psicoterapia psicodinámica son muy escasos en el resto del mundo, y en México este es el primer trabajo del que tenemos noticia. El trastorno limítrofe de la personalidad aparece alrededor de los 18 años, con un patrón de relaciones interpersonales intensas e inestables en las que ocurren crisis frecuentes de gran impulsividad (conducta suicida, abuso de sustancias, pleitos verbales y violencia física), inestabilidad afectiva (episodios de depresión, ira y ansiedad) y alteraciones de identidad (cambios súbitos de metas, valores y orientación vocacional), que consumen gran cantidad de recursos de salud y frecuentemente impiden el desarrollo académico y el inicio de la vida laboral. Su tratamiento requiere de alguna forma de psicoterapia individual o grupal y, con frecuencia, del uso de medicamentos; en general, el tratamiento es difícil y la impresión es que estos trastornos son intratables o que

* Asociación Psicoanalítica Mexicana, A.C. Bosque de Caobas 67, Bosques de las Lomas, Miguel Hidalgo, 11700, México, D. F.

Primera versión: 7 de abril de 1999.

Segunda versión: 16 de octubre de 2000.

Aceptado: 6 de noviembre de 2000.

requieren de varios años de terapia para obtener resultados muy limitados. En las estimaciones de los estudios epidemiológicos de varios países el trastorno límitrofe de la personalidad se encuentra entre el 1.1 y el 4.6% de la población general, en el 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en el 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre 30 y 60% de los pacientes con trastornos de la personalidad, de los cuales 75% son mujeres y 25% son hombres. En México se ha encontrado hasta en 35.7% de los pacientes psiquiátricos del Hospital Central Militar. En este trabajo se indican los cambios ocurridos en los pacientes con trastorno límitrofe de la personalidad, tratados con la psicoterapia psicodinámica manualizada de Kernberg, aplicada por terapeutas capacitados en el manual, con dos sesiones semanales de 45 minutos, videograbadas y supervisadas semanalmente por expertos. Participaron cuatro psicoanalistas que tenían un promedio de 12 años de experiencia (D.E. = 1.15), y 10 psicoterapeutas con un promedio de 4.67 años de experiencia (D.E. = 4.23). Se observó una diferencia significativa en el número de años de experiencia de ambos grupos de terapeutas ($U = 7.5$, $p = .002$). Inicialmente se trataron 19 pacientes: cuatro hombres y 15 mujeres de clase media, que cumplían con los criterios del trastorno límitrofe de la personalidad del DSM IV. Se midieron los cambios ocurridos en la psicopatología y en la actividad global de los sujetos usando una Escala Dimensional del Trastorno Límitrofe de la Personalidad (EDTLP), diseñada por Clarkin, y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del sujeto, del DSM IV. Las mediciones se hicieron al empezar y luego cada 24 sesiones durante dos años. Se encontró lo siguiente: a) 11 pacientes dejaron de cumplir con los criterios del trastorno límitrofe de la personalidad después de 72 sesiones, b) hubo una evolución favorable en la severidad de todos los criterios, c) después de 24 sesiones desaparecieron los criterios de impulsividad. Después de 48 sesiones, casi desaparecieron los criterios de inestabilidad afectiva, pero casi no se modificaron los de las alteraciones de la identidad, ni siquiera en los pacientes que permanecieron casi dos años en tratamiento, d) la ganancia porcentual de la EEAG al ingresar y a las 72 sesiones fue de 70% y, e) no se observaron diferencias significativas en la mejoría de los pacientes de acuerdo con el tipo de terapeuta asignado. Esos resultados deben corroborarse y contrastarse con estudios aleatorios y comparativos en otros tipos de tratamientos del trastorno límitrofe, como la psicoterapia de apoyo, la terapia cognoscitivo-conductual, la terapia interpersonal, la terapia de grupo y la medicación, en muestras de pacientes de varias clases sociales, tratados por residentes de psiquiatría o psicólogos clínicos en adiestramiento, antes de poner esta terapia a disposición de una más amplia población de pacientes y terapeutas.

Palabras clave: Trastorno límitrofe de la personalidad, psicoterapia psicodinámica, psicoterapia-métodos.

Introducción

El trastorno límitrofe de la personalidad (TLP) se caracteriza por los esfuerzos frenéticos de los pacientes para evitar que los abandonen real o imaginariamente; por relaciones interpersonales intensas e inestables caracterizadas por extremos de idealización y devaluación, acompañadas de: a) actos impulsivos, como intentos suicidas, automutilaciones, violencia física, accidentes frecuentes, abuso de alcohol y drogas, sexo inseguro y atracones de comida, b) inestabilidad afectiva en forma de episodios depresivos, de rabia o de ansiedad que duran de horas a días, acompañada de, c) alteraciones de identidad con cambios bruscos en la autoimagen, la orientación sexual, las metas vocacionales y laborales, los valores morales y las actitudes ante la vida. El diagnóstico se hace con la entrevista psiquiátrica, la

entrevista estructural (17), la Entrevista Clínica Estructurada (10) para hacer diagnósticos del Eje II del DSM IV (SCID II) o la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límitrofes (DIB), de Gunderson (15).

El trastorno se ha detectado entre 1.1 y 4.6% de la población general (27); en 10% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios, en 20% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados y entre 30 y 60% de las muestras de pacientes con trastornos de la personalidad, de los cuales 75% son mujeres y 25% son varones (1). En México (3) se ha encontrado una prevalencia de 2.0% en las mujeres y de 1.7% en los hombres entre la población general. En 1999, Grain y Lemus (14), hallaron en la población clínica psiquiátrica del Hospital Central Militar una prevalencia de 35.7%. Se cree que los factores etiológicos del trastorno pueden ser los niveles bajos de serotonina en el SNC (9), la falta de apego temprano por maltrato infantil (11,12) y los trastornos en el proceso de separación-individuación (21). Es importante señalar que entre los antecedentes infantiles del TLP se ha reportado abuso sexual en proporciones que van del 26 al 71% (23). Su tratamiento siempre requiere de alguna forma de psicoterapia individual o grupal, ya sea de orientación psicodinámica, cognoscitivo-conductual o interpersonal (13,22). En muchos casos se recomienda usar medicación para tratar la impulsividad, la inestabilidad afectiva y la desorganización cognoscitiva, como los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina o de noradrenalina; los estabilizadores del estado de ánimo o los antipsicóticos (6,7,24), de acuerdo con las manifestaciones dominantes. Recientemente se ha probado que algunas formas de hospitalización psiquiátrica, junto con la psicoterapia psicoanalítica individual y de grupo, son superiores al tratamiento usual (2,8).

Los estudios controlados sobre los cambios en la psicopatología del trastorno límitrofe de la personalidad (TLP) tratado con psicoterapia son muy escasos en el resto del mundo, y en México prácticamente no existen. Recientemente se revisaron las investigaciones más importantes (13,22), y señalan que ya hay pruebas de la efectividad de la psicoterapia para reducir la psicopatología y los costos del tratamiento de los trastornos de la personalidad que antes eran considerados intratables.

Entre los hallazgos más importantes está el de que se pueden lograr cambios significativos en la impulsividad y la inestabilidad afectiva con períodos de tratamiento que van de 6 meses (48 sesiones) a 18 meses (2,5,20,25).

La escasez de este tipo de estudios sobre el tratamiento se debe a las dificultades para conseguir una muestra adecuada de pacientes y terapeutas que puedan participar en tratamientos prolongados. Estos pacientes carecen de una buena motivación para someterse a la psicoterapia y son muy impulsivos e impredecibles. Además, los terapeutas deben recibir un adiestramiento cuidadoso y ser supervisados durante toda la terapia. Hasta hace poco no había estudios sobre los cambios en la estabilidad y en los rasgos de los pacientes con trastornos de personalidad (19) a lo largo de la vida, contra los que se pudieran comparar los resultados de las psicoterapias.

Desde el primer reporte del grupo de Clarkin y Kernberg, en 1992, se advirtió la conveniencia de estudiar la trayectoria de los cambios en la psicopatología de estos pacientes (4). En esa comunicación presentaron los resultados de seis pacientes evaluados a los seis meses de recibir psicoterapia, en quienes primero disminuyó significativamente su impulsividad, y luego su inestabilidad afectiva, mientras que la alteración de su identidad se modificó muy poco.

Por ese tiempo, Stevenson y Meares (25) dieron los resultados del tratamiento de 30 pacientes durante un año, con dos sesiones semanales de psicoterapia basada en Kohut y Winnicott. Obtuvieron mejorías significativas en todos los rasgos del trastorno límitrofe de la personalidad y observaron la trayectoria de los cambios que señalaban Kernberg y Clarkin en el estudio citado.

En 44 pacientes tratados durante un año, asignados al azar a terapia cognoscitivo-conductual (TCC) o al "tratamiento usual", Linehan (20) demostró que la TCC era mejor que el tratamiento usual, y encontró que la impulsividad de la conducta parasuicida disminuía a los cuatro meses, al igual que las tormentas afectivas.

Bateman y Fonagy (2) encontraron que la psicoterapia impartida en la hospitalización parcial había sido mejor que el "tratamiento usual" al finalizar un periodo de tratamiento de 18 meses. También notaron que la impulsividad y la inestabilidad afectiva mejoraba a los primeros 6 meses.

En una investigación aún no publicada de Clarkin y Kernberg,* sobre 17 pacientes, en la que compararon sus condiciones durante el año anterior, con los resultados al terminar un año de terapia, corroboraron sus observaciones iniciales de que la impulsividad y la inestabilidad afectiva mejoran a los primeros seis meses, mientras que la alteración de la identidad se modifica poco después de un año de tratamiento.

Estos estudios han iniciado una línea de investigación sobre los procesos y resultados de la psicoterapia psicodinámica aplicada al trastorno límitrofe de la personalidad. Hasta donde se sabe, este estudio es el primero que se hace en México sobre esta materia.

Material y métodos

El tipo de estudio. Se hizo un ensayo clínico observational y prospectivo acerca de los años de experiencia de los terapeutas, y de los cambios en la psicopatología de los pacientes con TLP al aplicarles la psicoterapia psicodinámica manualizada de Clarkin y Kernberg (5,16,18).

Los sujetos. La muestra se seleccionó de los 60 pacientes consecutivos que solicitaron tratamiento por su trastorno de personalidad en la Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (APM), el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, la Clínica de la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica para la Infancia y la Adolescen-

cia (AMPIA) y el Servicio de Psiquiatría del Hospital Central Militar (HCM).

Los terapeutas. Se seleccionaron entre los terapeutas que tenían una formación psicoanalítica y psicoterapéutica, pertenecientes a las instituciones mencionadas.

Los supervisores. Fueron cinco psicoanalistas didácticos de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, adiestrados en el uso del manual por el grupo de Kernberg y colaboradores.

Los criterios de inclusión y exclusión para participar en el estudio

Terapeutas: Los criterios de inclusión fueron: a) tener formación reconocida en psicoanálisis o psicoterapia, b) haberse capacitado en el uso del manual, c) asistir a las sesiones de psicoterapia videografiada y d) supervisar todas las videografías de las sesiones junto con alguno de los supervisores del grupo de investigación. Los criterios de exclusión fueron: no haber asistido por lo menos a dos sesiones de la psicoterapia al mes, o por lo menos a dos sesiones de supervisión al mes.

Pacientes: Cumplir por lo menos con cinco de los criterios del diagnóstico del TLP del DSM IV; tener una escolaridad mínima de secundaria y poseer un coeficiente intelectual normal promedio en la Escala de Inteligencia para Adultos de Weschler (WAIS). Los criterios de exclusión fueron: tener alguno de los siguientes diagnósticos: esquizofrenia, trastorno bipolar, trastorno delirante, trastorno severo por abuso de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad, trastorno mental orgánico severo, o tener un coeficiente intelectual por debajo del promedio.

Materiales: El "Manual de Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Límitrofe". Se utilizó una traducción al español del manual de Kernberg (18), hecha por el grupo de investigación, supervisada y aprobada por el doctor Kernberg. Este manual es el producto de más de 20 años de experiencia en el tratamiento de pacientes límitrofes en el ya mencionado Hospital Nueva York del Centro Médico Cornell. El manual describe una técnica de psicoterapia psicodinámica aplicada cara a cara en dos sesiones semanales. Consiste en la aclaración, confrontación e interpretación de los mecanismos defensivos primitivos y las características patológicas de las representaciones del sí mismo y del objeto, con el propósito de lograr integrar una representación coherente del sí mismo y del objeto.

Instrumentos: Para medir la experiencia de los terapeutas se contaron los años que tenían de practicar la psicoterapia psicodinámica. Para medir la psicopatología inicial de los pacientes, y los cambios ocurridos durante el tratamiento, se usaron la Escala Dimensional del Trastorno Límitrofe de la Personalidad de Clarkin (EDTLP)* y la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del sujeto, del DSM IV. La Escala de Clarkin evalúa cada uno de los 9 criterios del TLP de acuerdo

* Del Instituto de Trastornos de Personalidad, Universidad de Cornell.

* De Clarkin y cols., aún no publicada.

con su severidad, en una gradación del 1 al 6, en la que el 3 es el valor mínimo con el que se califica la presencia de cada rasgo; el 1 indica la menor severidad y el 6 la mayor severidad. La EEAG mide el nivel general de actividad del sujeto en una escala del 1 al 100, en la que el aumento de la puntuación denota la disminución en el nivel de la psicopatología y un mejor funcionamiento psicosocial.

Equipo: Videograbadoras, videocaseteras y monitores de televisión colocados en cada uno de los consultorios y en las instituciones participantes.

Escenario: Las sesiones de tratamiento se llevaron a cabo en los consultorios de las instituciones mencionadas y en los consultorios privados de algunos de los terapeutas. Las videograbaciones se hicieron con la cámara colocada en el mismo consultorio, manejada por el propio terapeuta.

Procedimientos

1. Los supervisores tomaron un curso de capacitación de 15 horas en el uso del manual de Kernberg, dictado por el propio autor, y la mayoría de los coautores del modelo de tratamiento, impartido en el Hospital Nueva York del Centro Médico Cornell. De los 13 terapeutas que tomaron el curso, cinco aceptaron participar en el estudio.
2. Se impartieron cursos de capacitación de 20 horas en el uso del manual a 30 terapeutas de las clínicas de las instituciones arriba mencionadas, de los cuales cuatro psicoanalistas y 10 psicoterapeutas aceptaron participar en el estudio.
3. Se evaluaron los 60 pacientes consecutivos con el diagnóstico clínico de trastorno de la personalidad, que asistieron a solicitar tratamiento a las instituciones citadas. La Entrevista Clínica Estructurada se usó para hacer los diagnósticos del Eje I y del Eje II del DSM IV. De esos 60 pacientes, 30 recibieron el diagnóstico de trastorno límitrofe de la personalidad y fueron invitados a participar en el estudio. De ellos, 19 aceptaron, firmaron una carta de consentimiento informado y fueron asignados a los terapeutas disponibles.
4. Todas las sesiones de psicoterapia fueron videograbadas con la cámara colocada en el propio consultorio, manejada por el terapeuta. Todas las sesiones videograbadas fueron supervisadas semanalmente por alguno de los supervisores de la investigación.
5. La psicopatología del trastorno límitrofe de la personalidad y el nivel de actividad global de los 19 pacientes se midieron por un equipo de evaluadores. Las mediciones se hicieron cuando entraron al estudio, y luego cada 24 sesiones durante un periodo de observación de dos años.

Resultados

Los cuatro psicoanalistas tenían un promedio de 12 años de experiencia (D.E. = 1.15) y los 10 psicoterapeutas, un promedio de 4.67 años de experiencia (D.E. = 4.23).

La diferencia en la experiencia de ambos grupos de terapeutas resultó significativa ($U = 7.5, p , .002$).

La muestra de pacientes quedó constituida por 19 sujetos: 78.9% del género femenino y 21.1% del género masculino. Todos pertenecían a la clase media. Las edades fluctuaban entre los 18 y los 52 años; 94.93% tenía educación preparatoria o universitaria y 5.07% tenía secundaria; 63.1% era solteros o divorciados y 36.9% eran casados; 57.8% no trabajaban y 42.2% si tenían trabajo (cuadro 1).

La psicopatología y los antecedentes traumáticos infantiles con los que se presentaron los sujetos fueron los siguientes (cuadro 2). Al indicar el motivo de la consulta, todos (100%) dijeron tener problemas interpersonales severos: 53.1% correspondía a severos problemas conyugales o de pareja, y 46.9% a problemas paterno-filiales, también severos. Además, 15.7% padecía depresión mayor con intento suicida; 10.5% abusaba moderadamente de sustancias, y 5.07% había estado en prisión por conducta antisocial. El 57.8% cumplía con 9 criterios del TLP del DSM IV; 26.3% cumplía con 8 criterios, y 5.07% cumplía con siete, seis y cinco criterios, respectivamente. Las mediciones iniciales de la Escala Dimensional del Trastorno Limítrofe de la Personalidad iban desde 24 hasta 49 puntos (punto de corte de 15 en la suma de 5 criterios calificados con 3 puntos) y las calificaciones en la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM IV de los sujetos estuvieron entre 40 y 55. Respecto a los sucesos traumáticos en la infancia, 42.1% indicó sobreprotección; 31.5%, algún tipo de negligencia o abandono; 31.5% sufrió de maltrato físico, y 15.7% de abuso sexual.

En cuanto a su permanencia en el tratamiento, cinco pacientes (26.3%) desertaron antes de la 5a. sesión; tres (15.7%) llegaron a la medición de la 24a. sesión (tres meses); 11 (57.8%) llegaron a las mediciones de la 48a. y de la 72a. sesión; 8 (42.1%) llegaron a la 96a. sesión; 6 (31.5%) a la 144a. sesión; cuatro (21%) a la 168a. sesión (21 meses) y ninguno a la 192a. sesión. Los cinco pacientes que desertaron antes de la 5a. sesión habían sido asignados a psicoterapeutas. De los tres pacientes que sólo llegaron a la medición de las 24 sesiones, uno empeoró y dos no modificaron sus mediciones.

Ahora se procederá a informar sobre el análisis estadístico de los 11 pacientes que llegaron a la medición de la 72a. sesión, porque en ellos se observaron las modificaciones más importantes en su psicopatología y en su actividad global.

Estos 11 pacientes se asignaron de manera semejante a los psicoanalistas y a los psicoterapeutas, y no hubo diferencias significativas entre los dos grupos en relación con sus características demográficas ni en las mediciones iniciales de la EDTLP ni en las de la EEAG (U de Mann-Whitney = 34.5, $p , .512$).*

El hallazgo más importante fue que estos 11 pacientes dejaron de cumplir cinco de los 9 criterios necesarios para hacer el diagnóstico del trastorno límitrofe de la personalidad del DSM IV, lo que indica que en esa etapa del tratamiento ya no padecían del trastorno que los había llevado a solicitar ayuda.

* Análisis estadístico con el SPSS. Versión 8.0

CUADRO 1
Características demográficas

Paciente	Sexo	Edad	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Sitio de tratamiento
1	M	21	Soltero	Estudiante Universitario	Desocupado	UNAM
2	F	32	Casada	Preparatoria	Desocupada	HCM
3	F	19	Soltera	Estudiante Universitaria	Desocupada	UNAM
4	F	22	Soltera	Estudiante Universitaria	Desocupada	UNAM
5	F	18	Soltera	Secundaria	Desocupada	HCM
6	F	23	Soltera	Preparatoria	Desocupada	HCM
7	F	26	Casada	Psicóloga	Ocupada	UNAM
8	M	47	Casado	Economista	Ocupado	AMPPIA
9	F	24	Soltera	Preparatoria	Desocupada	HCM
10	F	26	Soltera	Relaciones internacionales incompleta	Desocupada	HCM
11	F	17	Soltera	Preparatoria	Desocupada	UNAM
12	F	33	Divorciada	Preparatoria	Ocupada	APM
13	M	45	Casado	Economista	Desocupado	AMPPIA
14	F	52	Divorciada	Educacion especial	Ocupada	AMPPIA
15	F	36	Casada	Ingeniería	Ocupada	AMPPIA
16	F	39	Casada	Socióloga	Ocupada	AMPPIA
17	M	21	Soltero	Estudiante Universitario	Ocupado	UNAM
18	F	21	Soltera	Estudiante Universitaria	Desocupada	UNAM
19	F	45	Casada	Psicologa	Ocupada	AMPPIA

HCM. Hospital Central Militar.

UNAM. Universidad Nacional Autónoma de México.

APM. Asociación Psicoanalítica Mexicana.

AMPPIA. Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica para la Infancia y la Adolescencia.

La otra observación interesante es que de esos mismos 11 pacientes, los que continuaron en tratamiento (8 llegaron a la medición de la 96a. sesión; 6 a la de la 144a. sesión y 4 a la de la 168a. sesión) no mejoraron sensiblemente a pesar de que algunos de ellos asistieron casi durante dos años a la terapia.

En cuanto a la influencia que tuvieron los años de experiencia de los terapeutas en este resultado, encontramos que al comparar la experiencia de los terapeutas de los pacientes que no llegaron a la medición de la 72a. sesión (media = 3.75; D.E. = 3.62) contra la experiencia de los terapeutas de los pacientes que sí llegaron a esa medición (media = 10.00; D.E. = 4.12), hubo una diferencia significativa ($U = 15$, $p = .013$).

Se observó que los pacientes que permanecieron más tiempo en tratamiento fueron los que tenían mayores puntuaciones en la Escala de Evaluación de la Actividad Global al entrar al tratamiento, es decir, los

que tenían menos afectado su funcionamiento psicosocial ($r = 2.481$, $p = .037$).

Se observó una evolución favorable en la severidad de todos los criterios (cuadro 3). Estas diferencias son estadísticamente significativas al .000. Las mayores diferencias se observaron en el criterio 6, y luego, en orden decreciente, en los criterios 8, 2, 7, 9, 4, 3, 5 y 1, que fue el que mostró las menores diferencias, aunque no hay que olvidar que también fueron significativas.

Al calcular los rangos promedio (cuadro 3) para cada criterio en las cuatro mediciones (la evolución se lee en los renglones separadamente para cada uno de los criterios), puede verse que a lo largo de éstas disminuye sistemáticamente la gravedad promedio de cada criterio. Al analizar el grado de concordancia de la gravedad de los criterios en las diferentes mediciones, se observa que las mediciones de los diferentes criterios concuerdan (se correlacionan) en alto grado en todos los criterios.

CUADRO 2
Psicopatología inicial y antecedentes infantiles

Paciente	Psicopatología Inicial					Antecedentes infantiles			
	Motivo de consulta	Criterios presentes del trastorno límitrofe	EDTLP	EEAG	Negligencia	Abuso físico	Sobreprotección	Abuso sexual	
1	Problemas paterno-familiares	8 (menos el 5)	31	50			X		
2	Problemas conyugales	Todos	32	45			X	X	
3	Problemas conyugales	Todos	34	60					
4	Problemas conyugales	Todos	33	55					
5	Problemas paterno-familiares	8 (menos el 5)	27	50	X	X	X		
6	Problemas materno-familiares y dependencia severa de benzodiacepinas	Todos	44	45			X		
7	Problemas conyugales	Todos	47	40		X			
8	Problemas paterno-familiares	5 (menos el 1, 2, 3 y 5)	24	60					
9	Problemas paterno-familiares y conducta antisocial	Todos	49	40		X	X		
10	Problemas paterno-familiares, depresión mayor y amenaza suicida	Todos	38	50			X	X	
11	Problemas conyugales	Todos	44	50	X			X	
12	Problemas conyugales	Todos	38	50	X	X			
13	Problemas conyugales y depresión mayor con intento suicida	8 (menos el 1)	36	40			X		
14	Problemas conyugales	Todos	46	45		X			
15	Problemas conyugales	8 (menos el 1)	41	45	X	X			
16	Problemas paterno-familiares	Todos	44	45					
17	Problemas paterno-familiares y abuso de alcohol y marihuana	7 (menos el 1 y el 5)	35	40			X		
18	Problemas conyugales y depresión mayor con intento suicida	Todos	46	40	X				
19	Problemas paterno-familiares	8 (menos el 5)	45	50	X				

Criterios para el diagnóstico del trastorno límitrofe de la personalidad del DSM IV

- (1) Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.
- (2) Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
- (3) Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
- (4) Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
- (6) Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
- (7) Sentimientos crónicos de vacío.
- (8) Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
- (9) Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

EDTLP: Escala Dimensional del TLP.

EEAG: Escala de Evaluación de la Actividad Global.

En los 11 sujetos disminuyeron los criterios que antes cumplían, y una vez que ya no cumplían con un criterio, éste no se volvía a presentar en ninguno de los sujetos (cuadro 4). El primer número indica la cantidad de sujetos que dejaron de cumplir con el criterio en esa medición. El segundo número es el porcentaje de pa-

cientes que dejaron de cumplir con el criterio en relación con el total de los pacientes que dejaron de cumplirlo. El porcentaje en negritas indica el porcentaje de pacientes que dejaron de cumplir con cada criterio en relación con el 100% de los sujetos que presentaron cambios en el cumplimiento de los criterios (N 5 11).

CUADRO 3
Rangos promedio para cada criterio

Criterios	Entrada	24 sesiones	48 sesiones	72 sesiones	Acuerdo (W)
1	3.77	2.64	2.00	1.59	.756
2	4.00	2.91	1.77	1.32	.946
3	3.86	2.55	1.95	1.64	.799
4	4.00	2.68	1.86	1.45	.894
5	3.91	2.64	1.95	1.50	.798
6	4.00	3.00	1.86	1.14	.980
7	4.00	2.86	1.73	1.41	.936
8	3.95	3.05	1.77	1.23	.965
9	3.95	2.91	1.64	1.50	.933

CUADRO 5
Número de pacientes que cumplían cada criterio en las diferentes mediciones

Criterio	Inicial	24 sesiones	48 sesiones	72 sesiones
1	8	4	3	2
2	11	10	4	3
3	11	10	10	9
4	11	2	2	1
5	10	2	1	0
6	11	10	1	0
7	11	11	10	8
8	11	9	1	0
9	11	7	5	5

Como puede observarse, después de 24 sesiones (1a. medición) la mayoría de los pacientes ya no cumplía con los criterios 1, 4 y 5, que evalúan la impulsividad. Al cabo de la segunda medición, la mayoría de los pacientes ya no cumplía con los criterios 2, 6 y 8, que evalúan la inestabilidad afectiva. El 54.5% de los pacientes dejó de cumplir el criterio 9 y, finalmente, pocos pacientes dejaron de cumplir con los criterios 3 y 7.

En el siguiente cuadro puede observarse el número de pacientes que cumplían con cada criterio en las diferentes mediciones (cuadro 5). El valor obtenido en la prueba de Friedman (25.81) demuestra que hubo cambios significativos a lo largo de las mediciones en el número de pacientes que cumplía cada criterio. Asimismo, se obtuvo un índice de concordancia de .956 entre las diferentes mediciones.

En cuanto a las mediciones de la EEAG (cuadro 6) observamos que en todos los grupos se fue elevando la media del mismo conforme avanzaba el número de sesiones, y hay una elevación importante entre la 48a. y la 72a. sesiones. Todas las comparaciones por pares resultaron significativas con una probabilidad de error menor al .001, excepto al comparar la medición de la 24a. sesión con la de la 48a. sesión. Las mejorías ob-

servadas en las diferentes mediciones del EEAG en ambos grupos son similares. La evolución en la mejoría del EEAG fue igual con los psicoanalistas que con los psicoterapeutas.

Se observó una mejoría satisfactoria del EEAG de los pacientes en la medición que se hizo al cabo de 24 sesiones. Después de 48 sesiones mejoró levemente el grupo de pacientes tratados por los psicoterapeutas. Nótese que ambos grupos de pacientes mejoraron de manera importante entre la 48a. y la 72a. sesión. La ganancia porcentual del EEAEG entre la medición inicial y la final fue de 70% (cuadro 7).

La prueba de Friedman señala cambios significativos en el grado de mejoría a lo largo de las diferentes mediciones, con respecto al EEAG inicial ($\chi^2 = 21.41$, $p < .000$). Se obtuvo un coeficiente significativo de concordancia en el porcentaje de mejoría con respecto al EEAG inicial ($\chi^2 = .973$, $p < .000$), pues como se mencionó anteriormente, la mejoría fue mayor conforme avanzaba el número de sesiones de terapia. No se observaron correlaciones significativas entre la experiencia del terapeuta y el EEAG de los pacientes en las sesiones 48a. y 72a.

CUADRO 4
Criterios que dejaron de cumplirse en cada medición

Mediciones	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1 ^a 24 sesiones	7 77.7% 63.6%	1	1	9 90% 81.8%	9 81.8% 81.8%	1	0	2	4
2 ^a 48 sesiones	1	6 75.0% 54.5%	1	1	2	9 81.8% 81.8%	1	8 72.7% 72.7%	2
3 ^a 72 sesiones	1	1	0	0	0	1	1	1	0
Total	9	8	2	10	11	11	2	11	6

CUADRO 6
Medias del EEAG en las diferentes mediciones

	N	Grupo completo	Psicoterapeutas	Psicoanalistas
EEAG inicial	19	47.37	46.00	44.17
EEAG 24	14	52.50	50.71	54.29
EEAG 48	14	53.21	57.00	53.33
EEAG 72	11	75.91	77.00	75.00

Medias del EEAG en las diferentes mediciones

	N	Grupo completo	Psicoterapeutas	Psicoanalistas
EEAG inicial	19	47.37	46.00	44.17
EEAG 24	14	52.50	50.71	54.29
EEAG 48	14	53.21	57.00	53.33
EEAG 72	11	75.91	77.00	75.00

Desviaciones estándar del EEAG en las diferentes mediciones

	N	Grupo completo	Psicoterapeutas	Psicoanalistas
EEAG inicial	19	6.17	4.18	4.92
EEAG 24	14	6.73	7.32	4.08
EEAG 48	14	7.53	4.47	4.08
EEAG 72	11	3.75	4.47	3.16

Discusión

Como se mencionó en la introducción, las terapias que han demostrado ser eficaces para este trastorno son la terapia psicodinámica, basada en la teoría de las relaciones de objeto de la psicología del Yo y de la psicología del sí mismo, y la cognoscitivo-conductual, aplicadas por terapeutas con distintos niveles de experiencia, en períodos de tratamiento que van de los 6 a los 18 meses de duración (2,5,8,20,25). En el estudio de Bateman y Fonagy (2) y en el estudio de Chiesa y Fonagy (8) efectuado en un hospital de Inglaterra, los terapeutas eran enfermeras psiquiátricas y trabajadoras sociales con formación psicoterapéutica. En el de Kernberg y Clarkin (5) eran psicoanalistas y psicoterapeutas con amplia experiencia. En el de Stevenson y Meares (25) y en el de Linehan (20), los terapeutas eran psicoterapeutas con relativamente poca experiencia, aunque en todos los estudios la supervisión cercana

CUADRO 7
Mejoría en el EEAG de los pacientes con respecto al EEAG inicial

	Grupo completo	Psicoterapeutas	Psicoanalistas
Mejoría a las 24 sesiones	15.85%	20.39%	21.85%
Mejoría a las 48 sesiones	20.16%	24.39%	21.85%
Mejoría a las 72 sesiones	70.20%	68.11%	71.94%

de los expertos fue determinante para los buenos resultados que obtuvieron.

A pesar de las diferencias en la orientación teórica y en los niveles de experiencia de los terapeutas, se ha visto que las manifestaciones del trastorno disminuyen, y que esta disminución sigue un patrón de cambios en el que primero disminuye la impulsividad a los 3 o a los 4 meses; luego la inestabilidad afectiva, alrededor de los seis meses, mientras que la alteración de la identidad se modifica muy poco con los tratamientos hasta de dos años de duración.

El modelo que se siguió en el tratamiento empleado en esos cuatro estudios, enfatizaba la prioridad de controlar la impulsividad destructiva por medio de la hospitalización (2,8), de un contrato terapéutico estricto (5), de la aplicación de técnicas cognoscitivo-conductuales (20) y de la insistencia en el examen sistemático de esas conductas (25). En ninguno de esos estudios se examinó especialmente la correlación que hubo entre la experiencia del terapeuta y la disminución de la impulsividad y de las otras manifestaciones del trastorno límitrofe.

La impulsividad es la responsable de la conducta suicida y de la conducta violenta, que son las manifestaciones más graves del trastorno y el motivo de consulta más frecuente. Por lo tanto, si en otros estudios se corrobora el citado patrón de cambio en la psicopatología de estos sujetos con este tratamiento habrá motivo para mostrarse optimista, respecto a la

posibilidad de mejorar los aspectos más negativos de la conducta de estos pacientes, que hasta ahora han sido considerados como intratables. Asimismo, si se comprueba que los terapeutas con distintos grados de experiencia pueden administrar este tratamiento, entonces podrán aplicarlo los residentes de psiquiatría y los estudiantes de las especialidades de psicoterapia, con lo cual se beneficiaría a una gran parte de estos pacientes.

Por lo anterior creemos que este estudio corroborará los resultados de los trabajos citados, por haber logrado que 11 de los 19 pacientes tratados con psicoterapia psicodinámica —casi el 60% de la muestra— dejaran de tener el diagnóstico de trastorno límitrofe de la personalidad después de 72 sesiones (9 meses), tanto los pacientes que fueron tratados por psicoanalistas con una amplia experiencia, como los que recibieron el tratamiento de psicoterapeutas con poca experiencia.

Además, como ya se mencionó en los resultados, en este estudio también se observó que la impulsividad desaparecía después de 24 sesiones (tres meses), y la inestabilidad afectiva después de 48 sesiones (seis meses), lo cual fue un resultado sumamente satisfactorio respecto a los dos síntomas más severos de estos pacientes, que son los que les ocasionan más sufrimiento y tienen más consecuencias destructivas para ellos y sus familiares, además de originar mayores erogaciones de los servicios médicos.

La observación de que la alteración de la identidad no disminuyó sensiblemente, aun en los pacientes que siguieron en tratamiento durante casi dos años, nos induce a no insistir en proporcionarles tratamientos prolongados por la relación del costo-beneficio de un tratamiento con esas características.

Respecto a los resultados desfavorables del estudio, creemos que los cinco pacientes que desertaron antes de las cinco sesiones, lo hicieron debido a que los psicoterapeutas no tenían la suficiente experiencia para conducir la fase de evaluación y de contrato, ya que entre estos pacientes y los 14 restantes no había una diferencia significativa en sus calificaciones del EDTLP ni en las del EEAG.

La única paciente que empeoró fue la número 6, que reincidió en el abuso de tranquilizantes y se hospitalizó innecesariamente, lo cual se atribuyó a un error en el proceso de rehabilitación de su adicción y a las interacciones patológicas de su familia, que no recibió terapia familiar como hubiera sido necesario. La paciente número 7 y el paciente número 8 abandonaron la terapia después de la medición de las 24 sesiones, sin que hubieran cambiado sus calificaciones. La primera abandonó la terapia porque no estuvo de acuerdo en tomar anticonvulsionantes para su epilepsia temporal, lo cual se consideraba como un requisito indispensable para su recuperación; y el paciente número 8 abandonó el tratamiento porque no le prestamos los videos de sus sesiones para revisarlos en su casa, lo que le provocó una rabia narcisista.

La diferencia significativa que se encontró entre los psicoterapeutas y los psicoanalistas fue que estos últimos lograron mantener durante más tiempo a sus pacientes en tratamiento, debido a que estos pacientes

son muy complicados para los psicoterapeutas que tienen poca experiencia, pues se les dificulta el manejo de la impulsividad y de las fuertes reacciones contratransferenciales que provocan. Sin embargo, no fue diferente la mejoría de las mediciones observadas en los 11 pacientes que continuaron en tratamiento, entre los que fueron tratados por psicoanalistas o por psicoterapeutas.

El desempeño similar de los psicoanalistas y de los psicoterapeutas en el mejoramiento de los pacientes lo atribuimos al uso de un manual que describía en detalle cómo conducir la terapia en cada situación relacionada con el trastorno y en cada fase del tratamiento. También se debe a que las características de los pacientes tratados por ambos grupos de terapeutas eran similares, al igual que su psicopatología y su nivel de funcionamiento psicosocial.

El grado en el que disminuyó la severidad de cada criterio, a lo largo de 72 sesiones (cuadro 3), fue muy interesante porque el que más disminuyó fue el criterio 6, seguido del 8 y luego del 2, que son los que miden la inestabilidad afectiva. Esto indica que esta terapia es más efectiva para modificar la inestabilidad afectiva, y no tanto la impulsividad, que disminuyó menos en los criterios que la miden, que son el 1, el 4 y el 5.

La secuencia con la que desaparecieron los criterios de impulsividad e inestabilidad afectiva también es importante (cuadros 4 y 5). Después de 24 sesiones (1^a medición) la mayoría de los pacientes ya no cumplía con los criterios 1, 4 y 5, que miden la impulsividad; y después de 48 sesiones (2^a medición) la mayor parte de los pacientes ya no cumplía con los criterios 2, 6 y 8, que miden la inestabilidad afectiva. Esto lo atribuimos a la evaluación y al contrato específico que se hace al empezar esta terapia con el que se compromete el paciente a detener su impulsividad, de manera que evite dañarse a sí mismo y a los demás y a que termine el tratamiento. En ese mismo contrato se establece que debe autocontrolar su inestabilidad afectiva para poder trabajar en las sesiones, lo que parece contribuir enormemente a que mejore este aspecto de su psicopatología. El hecho de que los criterios 3, 7 y 9, que miden la alteración de la identidad casi no se hayan modificado después de 72 sesiones, y que tampoco se modificaron en los pacientes que permanecieron hasta cerca de dos años en tratamiento, lo atribuimos a que esta psicopatología está más arraigada y requiere de un tratamiento diferente.

Después de 72 sesiones, los 11 pacientes dejaron de cumplir, por lo menos, con cinco de los criterios requeridos para el diagnóstico de trastorno límitrofe de la personalidad. Este es el hallazgo más importante de nuestro estudio, y lo atribuimos al uso continuo del manual y a la videogramación y supervisión de todas las sesiones de la psicoterapia, en las que se insistía en que se apegaran al manual, con lo que mejoraba constantemente la calidad de las intervenciones terapéuticas.

La disminución de la severidad de la psicopatología se acompañó del mejoramiento de la actividad global (EEAG), es decir, del funcionamiento psicosocial de los 11 pacientes (cuadros 6 y 7). La mejoría fue progresiva a medida que avanzaba el número de sesiones, aunque

ésta fue leve entre la primera sesión y la medición que se hizo después de 24 sesiones, y entre esta medición y la que se hizo después de 48 sesiones. Cuando sí fue muy notable fue entre la medición que se hizo después de las sesiones 48 y 72. Fue muy importante el que la disminución de la severidad de los criterios se haya acompañado de la mejoría del funcionamiento psicosocial.

Al comparar nuestro estudio con los que citamos en la introducción, encontramos que el más parecido al nuestro es el de Stevenson y Meares (25), quienes lograron cambios significativos en todos los pacientes al año de tratamiento, mientras que nosotros obtuvimos mejorías importantes sólo en 11 de los 19 pacientes; sin embargo, éstos mejoraron a los nueve meses. Aquí hay que hacer notar que la psicoterapia de Kohut y Winnicott parece dar resultados similares a la de Kernberg (5), a pesar de que ambas psicodinamias sean diferentes. Kohut y Winnicott hacen hincapié en el papel que desempeña la empatía y el apoyo emocional, mientras que Kernberg destaca la influencia que tiene la resolución de la agresión primitiva en el mejoramiento del paciente.

El estudio de Bateman y Fonagy (2) y el de Chiesa y Fonagy (8) son poco comparables con el nuestro porque en la hospitalización parcial ellos utilizaron muchas modalidades terapéuticas: la terapia de grupo, el psicodrama y las asambleas comunitarias; y, al parecer, sus pacientes tenían una psicopatología más severa que los nuestros. A pesar de estas diferencias, ellos también observaron que la impulsividad y la inestabilidad afectiva mejoraban después de los primeros seis meses.

El otro estudio comparativo es el de Clarkin y Kernberg, que aún no ha sido publicado. Nuestros resultados son similares a los de ellos, por lo cual se puede afirmar que con la terapia que ellos diseñaron se pueden obtener resultados favorables en un ambiente clínico diferente del que utilizaron sus autores.

En cuanto a la eficacia de la terapia cognoscitivo-

conductual de Linehan (20), es necesario señalar que su muestra se componía sólo de mujeres con conducta parasuicida, mientras que de nuestro grupo sólo tres de los pacientes tenían conducta suicida, que desapareció con la terapia.

La mejoría de los pacientes dependió de: a) la utilización de un manual teóricamente coherente en el que se describe la psicopatología y la manera de llevar a cabo el tratamiento, b) la estrecha supervisión de la adhesión al manual, efectuada por medio de las videogramaciones de las sesiones, y c) la exploración permanente de la contratransferencia y su constante resolución en las sesiones de supervisión a lo largo del tratamiento, todo lo cual coincide con las conclusiones establecidas por Waldinger (26).

Los resultados de este estudio deben corroborarse con estudios comparativos en los que se empleen otras formas de terapia, como la terapia cognoscitivo-conductual, la psicoterapia de apoyo, la psicoterapia de grupo y la farmacoterapia. Además, es necesario aplicarla en pacientes de otras clases sociales y emplear como terapeutas a los residentes de psiquiatría o a los psicólogos clínicos en proceso de adiestramiento con el fin de que este tratamiento sea accesible a poblaciones clínicas más numerosas.

Agradecimientos

Agradecemos al Conacyt (Proyecto H 4280), al Hospital Central Militar, a la Facultad de Psicología de la UNAM y a la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica de la Infancia y la Adolescencia; a la maestra Cecilia Balbas Díez Barroso por el análisis estadístico de los datos; a los doctores Avila H., Lartigue T y Feinholz D., por su asesoría metodológica; y a los colaboradores Rodríguez M.L., Kort E., Gorjón S., Lorentzen I., Espinoza A., Salas B., Colosio R., Alcaraz M., Fabregat M., Ortiz M., Rodríguez M.I., Díaz E., González R., Zierold E., Zierold G., Meyer G. y Mendieta M.

REFERENCIAS

1. Asociación Psiquiátrica Americana. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*. 4^a Edición. Ed. Masson. Barcelona, 1994.
2. BATEMAN A, FONAGY P: Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Am J Psychiatry*, 156:1563-1569, 1999.
3. CARAVEO-ANDUAGA J, MEDINA-MORA ME, RASCON ML, VILLATORO J, MARTINEZ-VELEZ A, GOMEZ M: La prevalencia de los trastornos psiquiátricos en la población urbana adulta en México. *Salud Mental*, 19(3):14-21, 1996.
4. CLARKIN J, KOENIGSBERG H, YEOMANS F, SELZER M, KERNBERG P, KERNBERG O: Psychodynamic psychotherapy of the borderline patient. En: Clarkin JF, Marziali E, Munroe-Blum H (eds.), *Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives*. Guilford Press, Nueva York, 1992.
5. CLARKIN J, YEOMANS F, KERNBERG O: *Psychotherapy for Borderline Personality*. John Wiley, Nueva York, 1999.
6. CHAVEZ E: Correlatos biológicos y tratamiento farmacológico de los trastornos de la personalidad. *Psiquiatría*, 10(2):55-57, 1994.
7. CHAVEZ E: *Psicoterapia de los trastornos de la personalidad*. En: *La Patología Mental y su Terapéutica II*. De la fuente R. (ed.) Fondo de Cultura Económica, México, 1997.
8. CHIESA M, FONAGY P: Cassel personality disorder study. Methodology and treatment effects. *British J Psychiatry*, 176:485-491, 2000.
9. DEPUE R: *A Neurobiological Framework for the Structure of Personality and Emotion: Implications for Personality Disorders*. Clarkin J, Lenzweber M (eds.): Guilford Press, Nueva York, 1996.
10. FIRST MB, GIBBON M, SPITZER RL, WILLIAMS JBW, BENJAMIN LS: *Structured Clinical Interview for DSM IV Axis II Personality Disorders (SCID II)*. American Psychiatric Press, Washington, 1997.
11. FONAGY P: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull Menninger Clin*, 62:147-169, 1998.
12. FONAGY P, TARGET M, GERGELU G: Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *Psychiatric Clinics North America*, 23(1):103-122, marzo 2000.

13. GABBARD G: Psychotherapy of personality disorders. *J Psychother Pract Res*, 9:1-6, 2000.
14. GRAIN P, LEMUS V: Prevalencia del trastorno límite de la personalidad. Tesis de licenciatura. Universidad Intercontinental, México, 1999.
15. GUNDERSON J, KOLB J, AUSTIN V: The diagnostic interview for borderline patients. *American J Psychiatry*, 138:896-903, 1981
16. KERNBERG O: Borderline personality organization. *J American Psychoanalytic Association*, 15:641-685, 1967.
17. KERNBERG O: The structural diagnosis of borderline personality organization. En: *Borderline Personality Disorder: The Concept, The Syndrome, The Patient*, Hartcollis P (ed.), pp. 87-121. International Universities Press, Nueva York, 1977.
18. KERNBERG O, SELZER M, KOENIGSBERG, H, CARR A, APPELBAUM A: *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. Basic Book, Nueva York, 1989. Traducción al español: *Psicoterapia Psicodinámica del Paciente Límitrofe*. Ed. Planeta, México, 1995.
19. LENZENWEGER M: Stability and change in personality disorder features. The longitudinal study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 56:1009-1015, 1999.
20. LINEHAN M, ARMSTRONG H, SUAREZ A, ALMON D, HEARD H: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Arch Gen Psychiatry*, 48:1060-1064, 1991.
21. MAHLER M, KAPLAN L: Development aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities. En: *Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient*. Hartcollis P (ed.). International Universities Press, pp. 71-86, Nueva York, 1977.
22. PERRY JC, BANON E, IANNI F: Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *Am J Psychiatry*, 156:1312-1321, 1999.
23. PERRY JC, HERMAN JL: Trauma and defense in the etiology of borderline personality disorder. En: *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*. American Psychiatric Press, pp. 123-139, Washington, 1993.
24. SOLOFF PH: Algorithms for psychopharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective and impulsive-behavioral dysregulation. *Bull Menninger Clin*, 62:195-214, 1998.
25. STEVENSON J, MEARES R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorders. *Am J Psychiatry*, 149:358-362, 1992.
26. WALDINGER RJ, GUNDERSON JG: *Effective Psychotherapy with Borderline Patients*. American Psychiatric Press, Washington, 1989.
27. WEISSMAN MM: The epidemiology of personality disorders. En: Michels R (ed.). *Psychiatry*. Lippincott, Filadelfia, 1993.

SALUD MENTAL

SUSCRIPCIONES 2001

	M.N.	US Dólares
- Suscripción anual para México	\$ 480.00	
- Estudiantes mexicanos con credencial vigente	\$ 280.00	
- Suscripción anual para instituciones en el extranjero (Annual subscriptions for institutions abroad)	110.00	
- Suscripción anual para personas físicas en el extranjero (Personal subscriptions abroad)	90.00	
- Números atrasados (past issues)	\$ 150.00	33.00

- El envío de la revista se hace por vía de superficie.
- Las suscripciones empiezan con el primer número de año
(Subscriptions begin with the first issue of calendar year)
- Las suscripciones se envían cuatro semanas después de haber recibido el pago
(Subscriptions begin 4 weeks following receipt of payment)
- Las reclamaciones para los ejemplares no recibidos deberán hacerse antes de que pasen 6 meses de la publicación de cada número
(Claims may be submitted to the publisher for missing issues in a period of 6 months after publication of each individual issue)

Correspondencia y suscripciones en:

Composición Editorial Láser, S.A. de C.V.
Revista Salud Mental
Lago Alberto 442-7, Col. Anáhuac
11320 México D. F.
Tels.: 260 02 50 y 260 00 48
Fax: 260 00 48

Director de la Publicación:
Dr. Ramón de La Fuente

No. ISSN: 0185-3325