

# **Aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad del protocolo unificado para el tratamiento de los Trastornos Emocionales.**

Facio, Alicia, Groh, Jesica y Abdala, María Virginia.

Cita:

Facio, Alicia, Groh, Jesica y Abdala, María Virginia (2019). *Aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad del protocolo unificado para el tratamiento de los Trastornos Emocionales. XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-111/625>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/ecod/sxF>

# APLICACIÓN AL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD DEL PROTOCOLO UNIFICADO PARA EL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS EMOCIONALES

Facio, Alicia; Groh, Jesica; Abdala, María Virginia  
Asociación de Terapia Cognitiva y Conductual del Litoral. Argentina

## RESUMEN

El Protocolo Unificado para los Trastornos Emocionales (PU) de Barlow y colaboradores ha demostrado ser eficaz para el tratamiento de los trastornos de ansiedad y del ánimo. Sólida investigación indica que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) surge de similares vulnerabilidades que los trastornos emocionales: altos niveles de neuroticismo y reacciones muy negativas ante las emociones, que llevan a involucrarse en estrategias disfuncionales para manejarlas; estas estrategias, a su vez, incrementan paradójicamente la frecuencia e intensidad de las emociones negativas. El objetivo central del PU es generar una actitud de mayor aceptación de las experiencias emocionales a través del aprendizaje de habilidades para regularlas con mayor efectividad. Como complejas comorbilidades dificultan el tratamiento del TLP, es necesario mejorar las intervenciones apuntando simultáneamente al TLP y sus trastornos comórbidos. Aunque la mayoría de los pacientes con TLP nunca intentaron suicidarse o necesitaron hospitalización, no hay tratamientos diseñados específicamente para quienes presentan síntomas menos severos. El PU, que apunta a factores de mantenimiento transdiagnósticos y propone una intervención ambulatoria de una vez por semana y tiempo limitado, podría ser suficiente para esta población. Se describen luego brevemente los ocho módulos del PU aplicado al TLP.

## Palabras clave

Tratamiento - Transdiagnóstico - Límite - Trastorno

## ABSTRACT

APPLICATION OF THE UNIFIED PROTOCOL FOR TREATMENT OF EMOTIONAL DISORDERS TO THE BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Barlow and colleagues' Unified Protocol for Emotional Disorders (UP) has been shown to be effective in the treatment of anxiety and mood disorders. Sound research indicates that Borderline Personality Disorder (BPD) arises from similar vulnerabilities as emotional disorders: high levels of neuroticism and very negative reactions to emotions, which lead to involvement in dysfunctional strategies to manage them; these strategies, in turn, paradoxically increase the frequency and intensity of negative emotions. The main objective of the UP is to generate an attitude

of greater acceptance of emotional experiences through learning skills to regulate them more effectively. As complex comorbidities jeopardize the treatment of BPD, it is necessary to improve interventions aiming simultaneously at BPD and its comorbid disorders. Although most patients with BPD never attempted suicide or needed hospitalization, there are no treatments specifically designed for those with less severe symptoms. The UP, which points to transdiagnostic maintenance factors and proposes an outpatient once-a-week time-limited intervention, could be well-suited for this population. Then the eight UP modules are briefly described as applied to BPD patients.

## Key words

Treatment - Transdiagnostic - Borderline - Disorder

## El Protocolo Unificado (PU) de David Barlow y colaboradores

Tres líneas de investigación llevadas a cabo en las últimas décadas sobre la clasificación y naturaleza de los trastornos emocionales condujeron al desarrollo del PU de Barlow y colaboradores (Barlow y Farchione, 2017). Ellas son:

1ª) Los trastornos emocionales tienen características en común: a) A nivel diagnóstico, muestran altas tasas de comorbilidad transversal (en el mismo momento) y longitudinal (en distintos momentos de la vida). Por ejemplo, 55% de 1127 pacientes de la Universidad de Boston con un diagnóstico principal de trastorno de ansiedad también tenían al menos un diagnóstico adicional de ansiedad o depresión en el momento de la evaluación. Si se incluían los diagnósticos a lo largo de la vida, la tasa subía a 76%. b) Los tratamientos psicológicos para un trastorno generalmente generan mejorías en trastornos comórbidos de ansiedad o del ánimo a los cuales no se apuntó específicamente. Esto podría significar que los tratamientos de un trastorno individual apuntan a rasgos subyacentes centrales a todos los trastornos emocionales, al menos en cierta medida. c) La investigación en neurociencia afectiva sugiere que los trastornos emocionales comparten mecanismos neurobiológicos. Un incremento del procesamiento de abajo-arriba y una desregulación de la inhibición cortical ante la respuesta de la amígdala se comprobó en estudios de pacientes con Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Fobia Específica, Trastorno de Estrés Postraumático y Depresión.

2ª) Las dimensiones de la personalidad llamadas Neuroticismo y Extraversión (McCrae y Costa, 1997) tienen papeles claves para explicar la aparición, superposición y mantenimiento de los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo. Neuroticismo (también llamado afecto negativo, inhibición conductual o ansiedad-rasgo) es la tendencia a desarrollar emociones negativas frecuentes e intensas que se experimentan como incontrolables en respuesta al estrés. Extraversión (también llamada afecto positivo o activación conductual) se refiere a tener una visión positiva del mundo, una disposición a la actividad y la sociabilidad. Brown y Naragon-Gainey (2013) encontraron una estructura jerárquica de los trastornos emocionales en la cual Neuroticismo y Extraversión eran los factores de grado alto, con caminos que iban de Neuroticismo a Trastorno de Ansiedad Generalizada, Trastorno de Ansiedad Social, Trastorno de Pánico, Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) y Depresión Mayor. La baja Extraversión evidenciaba caminos hacia Depresión Mayor, Trastorno de Ansiedad Social y Agorafobia. Muchos otros grupos de investigación replicaron estos hallazgos.

3ª) Reacciones negativas a la experiencia emocional. Los individuos con trastornos emocionales no sólo tienen emociones negativas más frecuentes e intensas sino que, además, reaccionan más negativamente ante ellas. Como no las toleran, intentan disminuir dichas experiencias. Por ejemplo, pacientes con TOC y sin TOC tienen similares pensamientos intrusos en un estado de estrés (por ejemplo “¿Y si tiro a mi bebé por la ventana?”), pero sólo los pacientes con TOC reaccionan con intensa ansiedad ante dichos pensamientos y desarrollan medidas para combatir su presencia o sus consecuencias temidas.

Son los aprendizajes tempranos específicos los que determinan las diferencias entre los distintos trastornos emocionales, pero los mecanismos psicopatológicos centrales son la aversión a las emociones negativas y los esfuerzos subsiguientes para disminuir la experiencia emocional.

Incorporar una perspectiva transdiagnóstica a la conceptualización del caso ofrece varios beneficios, entre ellos visualizar la etiología y los factores de mantenimiento que contribuyen a las dificultades del paciente más allá de las categorías tradicionales y tener objetivos de tratamiento eficientes y personalizados. Además, al permitir conceptualizar dificultades heterogéneas como proviniendo de los mismos procesos básicos, alivia al terapeuta de tener que elegir en qué trastorno centrarse primero y al terapeuta novicio de tener que aprender 10 o 15 protocolos diferentes para poder tratar los trastornos emocionales.

### **El Trastorno Límite de la Personalidad como trastorno emocional**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico severo que implica dificultades cognitivas, emocionales, interpersonales, conductuales (repetidos intentos de suicidio, autolesiones no suicidas y otras acciones impulsivas) y problemas con la identidad. Su prevalencia en los Estados

Unidos oscila entre 0,5% a 6% en distintos estudios y como el 75% de quienes lo sufren son mujeres (American Psychiatric Association, 2013), en este trabajo nos referiremos de aquí en más a *la* paciente.

A primera vista los síntomas del TLP no parecen semejantes a los de los trastornos de ansiedad y del ánimo, pero un gran cuerpo de investigación indica que surgen de similares vulnerabilidades subyacentes y cumplen las mismas funciones. También los individuos con TLP muestran altos niveles de neuroticismo y evalúan sus experiencias emocionales negativamente. Debido a esta evaluación, es más probable que se involucren en estrategias disfuncionales para manejar las emociones y que estas estrategias, a su vez, incrementen paradójicamente la frecuencia e intensidad de las mismas (Sauer-Zavala & Barlow, 2014).

Muchos síntomas del TLP pueden explicarse por estos factores emocionales. Por ejemplo, las conductas impulsivas que lo caracterizan, tales como las autolesiones, el abuso de sustancias, los atracones, pueden entenderse como intentos desadaptados de escapar del intenso afecto negativo. Aunque más graves, estas conductas tienen una función similar a evitar hablar en público o a estar en una fiesta concentrado en el celular para escapar a la interacción en los individuos con ansiedad social. Aunque los pacientes con TLP tienden a buscar tratamiento, frecuentemente desertan y, por ende, no se benefician del mismo, tal vez debido a las complejas comorbilidades que los caracterizan. El 75% de ellos cumplen en algún momento de la vida criterios para un diagnóstico de trastorno del ánimo y 74%, criterios para un diagnóstico de trastorno de ansiedad. La presencia del TLP exacerba la gravedad y empeora la respuesta al tratamiento de los otros trastornos. Esto se ha comprobado, por ejemplo, en el trastorno de pánico, el trastorno de estrés posttraumático, el trastorno obsesivo-compulsivo y los trastornos depresivos. Por estas razones, últimamente se ha intentado mejorar la eficiencia de las intervenciones apuntando simultáneamente al TLP y sus trastornos comórbidos (Sauer-Zavala, Bentley y Wilner, 2016).

Según la revisión Cochrane (Stoffers, Vollm, Rucker, Timmer, Huband y Lieb, 2012), la Terapia Dialéctica Conductual de Marsha Linehan es el tratamiento psicológico más sólido para tratar el TLP, efectivo para reducir los intentos de suicidio, las autolesiones, la ira y mejorar el funcionamiento general. Varios ensayos con control aleatorio, ensayos abiertos y estudios cuasi experimentales han demostrado su eficacia y efectividad en pacientes ambulatorios. En la terapia dialéctica conductual ambulatoria se espera que los pacientes se comprometan a llevarla a cabo durante un año aproximadamente; incluye sesiones semanales tanto de terapia individual como de terapia grupal de entrenamiento en habilidades de regulación de la emoción y también asesoramiento telefónico en la medida de lo necesario (Linehan, 1993).

El TLP es, sin embargo, un trastorno heterogéneo y la mayoría de los individuos que lo sufren nunca intentaron suicidarse o ne-

cesitaron hospitalización (Zanarini, Frankenberg, Hennen, Reich & Silk, 2004) No hay tratamientos diseñados específicamente para aquellos casos que no tienen un agudo riesgo de suicidio, los que presentan síntomas menos severos. Una intervención ambulatoria de una vez por semana y de tiempo limitado podría ser suficiente para esta población.

### **Los módulos del Protocolo Unificado aplicados al Trastorno Límite de la Personalidad**

El objetivo central del PU es generar una actitud de mayor aceptación de las experiencias emocionales a través del aprendizaje de habilidades para regularlas con mayor efectividad cuando ocurren. Coincide, así, con el principal objetivo de tratamiento en el estadio 2 de la Terapia Dialéctica Conductual, cuando los pacientes ya no se involucran en autolesiones y otras conductas riesgosas. Esto apoya la noción de que el PU puede ser un tratamiento razonable y más eficiente para los casos menos graves del TLP.

Puede encontrarse una descripción detallada del tratamiento en “Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales. Manual del Terapeuta y Manual del Paciente” (Barlow, Farchione, Fairholme, Ellard, Boisseau, Allen y Ehrenreich-May, 2016).

El Protocolo Unificado consiste de ocho módulos de tratamiento a desarrollarse en doce a dieciocho sesiones individuales de 50 ó 60 minutos cada una, con una frecuencia semanal. Existe flexibilidad en el número de sesiones que se dedicarán a cada módulo. Los módulos centrales del tratamiento son del tres al siete. Los otros tres módulos, 1, 2 y 8, son complementarios.

#### **Módulo 1. Aumentar la motivación y establecer objetivos**

Se usan aquí los principios y las técnicas de la entrevista motivacional de Miller y Rollnick (2013) para aumentar la motivación para el cambio, debido a que investigación reciente reveló que incluirlos puede mejorar los resultados del tratamiento de los trastornos de ansiedad (Westra y Dozois, 2006). Definir objetivos concretos y específicos para el cambio conductual y los pasos paulatinos para alcanzar cada uno de ellos incrementa la confianza del paciente en su habilidad para alcanzarlos. Ya que la ambivalencia es un elemento natural del proceso de cambio, se exploran los costos y beneficios de cambiar y los costos y beneficios de permanecer igual.

#### **Módulo 2. Comprender las emociones**

El objetivo de este módulo es que la paciente comprenda la función adaptativa de las emociones y desarrolle una mayor conciencia de las mismas, particularmente de la interacción entre sus componentes cognitivos, fisiológicos y conductuales. Las pacientes comienzan a entender que las emociones forman parte del capital de la especie porque brindan información útil acerca del ambiente y motivan para la acción apropiada. Se utilizan ejemplos de la paciente para mostrarle cómo interactúan,

en su caso, los tres componentes para generar emociones a las que vive como intolerables.

Luego, la paciente aprende a detectar los antecedentes de la emoción habituales en su caso y a analizar las consecuencias de sus reacciones de aversión ante las emociones fuertes que percibe como abrumadoras. Si bien a corto plazo experimenta alivio (refuerzo negativo), las consecuencias perjudiciales a largo plazo son evidentes: una triste desconexión entre la vida que la paciente quisiera llevar y la vida que lleva debido a sus esfuerzos por evitar o escapar del malestar emocional.

La psicoeducación del Módulo 2 es particularmente útil para que la paciente con TLP, que suele percibir sus emociones como dignas de crítica, más que como experiencias normales y adaptativas. Ya en 1993, Linehan observó que era habitual que provinieran de un ambiente familiar invalidante en el cual los otros significativos minimizaron o criticaron sus expresiones emocionales.

#### **Módulo 3. Conciencia plena (*mindfulness*) de las emociones**

Este es el primero de los módulos centrales. Su objetivo es que la paciente entienda los beneficios de observar sus emociones sin juzgarlas y tal como ocurren en el presente, aprovechando la potencial información correctiva proveniente del contexto actual, en lugar de remitirse al pasado o a lo que podría suceder en el futuro. Practica esta habilidad a través de ejercicios de meditación en sesión y luego comienza a aplicarla a las emociones que experimenta diariamente. Aplica, así, los conceptos aprendidos en el Módulo 2 sobre la interacción entre pensamientos, sensaciones y conductas a la experiencia emocional misma. La paciente analizará las emociones primarias, o sea, la primera respuesta emocional a una situación o recuerdo, y aprenderá a distinguir las de las reacciones ante las mismas (emociones secundarias) que tienden a ser negativas, no objetivas y no centradas en la situación presente.

Esta habilidad es particularmente relevante para los pacientes con TLP, que se ha comprobado sufren déficits en conciencia plena que explican un porcentaje importante de la varianza de sus síntomas de TLP (Wupperman, Neumann y Axelrod, 2008).

#### **Módulo 4. Flexibilidad cognitiva**

Los objetivos de este módulo son ayudar a la paciente a comprender la relación recíproca entre pensamientos y emociones; identificar distorsiones en sus pensamientos automáticos negativos y las creencias centrales de las que surgen; y aprender a pensar más flexiblemente, esto es, ver las situaciones de una manera más útil. Se utilizan aquí los principios aportados por Beck en los años 60 y 70, modificados por Barlow y su grupo a lo largo de décadas.

Enfatizar la flexibilidad del pensamiento es particularmente útil para las pacientes con TLP quienes, por haber sido frecuentemente acusadas por sus otros significativos de distorsionar las situaciones, pueden sentirse invalidadas si el terapeuta enfatiza

las distorsiones de sus pensamientos. Es imprescindible trabajar sobre las creencias centrales de defectuosidad, vulnerabilidad y abandono, tan características de las pacientes con TLP.

### **Módulo 5. Contrarrestar las conductas emocionales**

Los objetivos de este módulo son que la paciente comprenda que las conductas a las que apela para evitar o escapar de las fuertes emociones mantienen o exacerbaban los síntomas del trastorno e identifique y contrarreste dichas conductas disfuncionales.

Se analizan con la paciente las consecuencias negativas de evitar o suprimir la emoción: 1º) al no experimentarla a pleno, no se resuelve naturalmente y esto mantiene el malestar emocional; 2º) no descubre que sus expectativas negativas no se cumplen, esto es, no se produce la extinción; y 3º) no aprende estrategias de regulación de la emoción más adaptativas.

Escapar de la emoción es común en las pacientes con TLP. Conductas disfuncionales que forman parte de los criterios diagnósticos del DSM-5 tales como las repetidas conductas suicidas y autolesiones no suicidas, los intentos frenéticos de evitar el abandono, el alternar entre la idealización y la devaluación extremas de la otra persona pueden estar al servicio de escapar, impulsivamente, de emociones sentidas como insoportables. Cumplen la misma función conductas como los atracones de comida o el abuso de alcohol o drogas. Las pacientes con TLP también buscan escapar de las emociones abrumadoras rindiéndose a sus tendencias de acción ya que, al llevar a cabo la conducta que la emoción pide, la intensidad de ésta se reduce en el corto plazo; por ello, cuando se sienten tristes se retraen y cuando sienten ira, atacan.

También recurren a la evitación cognitiva, principalmente a la supresión de los “malos” pensamientos que generan emociones y a la rumiación de la ira (Sauer-Zavala y Barlow, 2014) ya que la rumiación, al igual que la preocupación, impide experimentar las emociones a fondo.

Se trabaja con la paciente qué conductas llevará a cabo para experimentar las emociones y situaciones que actualmente evita. Por ejemplo, en lugar de estallar, sonreír y aproximarse a la persona hacia la cual está experimentando fuerte ira; planificar actividades placenteras, en lugar de intentar escapar de la depresión a través del alcohol. Se la alienta a practicarlas en situaciones de un nivel intermedio de dificultad, por ejemplo, hablar con un amigo de algún tema difícil, mirar una película muy conmovedora, para así convencerse de que le es posible tolerar las emociones que tanto temía. En el Módulo 7 se expondrá a las emociones más difíciles de tolerar.

### **Módulo 6. Comprender y confrontar las sensaciones físicas**

Los objetivos de este módulo son que la paciente identifique las sensaciones físicas que experimenta como parte de sus emociones abrumadoras, comprenda cómo afectan su experiencia emocional y se exponga a ellas a través de ejercicios.

La exposición interoceptiva, parte fundamental del protocolo de Barlow y colaboradores para el Trastorno de Pánico y la Agorafobia, se aplica en el Protocolo Unificado a todos los pacientes que sufren trastornos emocionales. Después de una demostración por parte del terapeuta, la paciente lleva a cabo una serie de ejercicios de exposición interoceptiva que generan las sensaciones que experimenta típicamente en momentos de malestar emocional. Comienza a entender cómo las sensaciones somáticas (falta de aire, taquicardia, mareo) contribuyen a las experiencias emocionales. Algunos ejemplos de ejercicios de exposición interoceptiva son hiperventilar, respirar a través de una pajita, dar vueltas sobre sí mismo, correr en el lugar y cualquier otro ejercicio que provoque sensaciones físicas en los aparatos respiratorio, vestibular y cardiovascular semejantes a las que teme. Luego de que la paciente completa cada ejercicio, se le pide cuantificar la intensidad de la sensación, el grado de malestar que le produjo y la semejanza con las que típicamente experimenta durante una emoción intensa. La paciente completa los ejercicios más útiles varias veces al día durante las próximas semanas. El malestar experimentado debería disminuir con la exposición repetida a medida que la paciente ve que no se confirma su creencia de que las sensaciones somáticas son peligrosas.

### **Módulo 7. Exposición a las emociones**

Los objetivos de este módulo son que la paciente entienda el propósito de exponerse a las emociones; aprenda a diseñar ejercicios efectivos de exposición; desarrolle una jerarquía de exposición a la emoción; y, finalmente, afronte en forma repetida aquellas que le resultan difíciles de tolerar.

En este último módulo se ponen en práctica las habilidades aprendidas a lo largo del tratamiento en exposiciones, dentro y fuera de la sesión, a experiencias emocionales relacionadas con sus síntomas. Las exposiciones pueden implicar afrontar situaciones o actividades, pero el foco está puesto en provocar la emoción, no en las situaciones mismas. Algunos ejemplos para una paciente con TLP pueden ser quedarse en casa sola varios sábados realizando actividades placenteras y saludables, sin recurrir a la marihuana; o no llamar reiteradamente a la pareja cada vez que él sale con sus camaradas; o poner límites en forma apropiada a familiares y algunos amigos tolerando la incertidumbre de sí, en consecuencia, ellos la abandonarán, etcétera. Las señales interoceptivas identificadas en el módulo anterior se integran en el ejercicio. Las exposiciones a la emoción sirven para extinguir las reacciones de aversión a las experiencias emocionales intensas. Cuando la paciente lleva a cabo las exposiciones en sesión, el terapeuta debe observar el uso de cualquier estrategia de evitación de las que la paciente no tiene conciencia y ayudarla con cualquier interpretación automática negativa para que la reemplace por otra más apropiada.

### Módulo 8. Reconocer los logros y mirar al futuro

En la sesión final del tratamiento se repasan los principales conceptos y se revisa el progreso logrado. Como son inevitables futuros hechos estresantes y potenciales síntomas, se analizan estrategias específicas para conservar y expandir lo que la paciente consiguió en el tratamiento.

### Conclusiones

En conclusión, aunque las pruebas de eficacia son aún muy limitadas –estudio de casos, el nivel metodológico más modesto de apoyo empírico- puede considerarse al PU para el tratamiento del TLP un enfoque promisorio –parsimonioso, efectivo en costos de dinero y tiempo- para las pacientes que presentan síntomas menos severos de este trastorno de la personalidad. Sólo ensayos con control aleatorio, llevados a cabo por equipos de investigación independientes de los autores del protocolo, permitirán evaluar en el nivel metodológico más exigente la efectividad del PU para el tratamiento de los síntomas del TLP.

### BIBLIOGRAFÍA

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, Estados Unidos, American Psychiatric Publishing.
- Barlow, D.H. y Farchione, T.J. (Eds.). (2017). *Applications of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*. Nueva York, Oxford University Press.
- Barlow, D.H., Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y Ehrenreich-May, J. (2016). *Protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales*. Alianza Editorial.
- Brown, T.A. y Naragon-Gainey, K. (2013). Evaluation of the unique and specific contributions of dimensions of the triple vulnerability model to the prediction of DSM-IV anxiety and mood disorder constructs. *Behavior therapy*, 44(2), 277-292.
- Linehan, M.M. (1993). *Cognitive behavioural therapy of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- McCrae, R.R. y Costa P.T. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52(5), 509.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. *Motivational interviewing: helping people change*. 2013. New York: Guilford.
- Sauer-Zavala, S. y Barlow, D.H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118-138.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., & Wilner, J.G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of personality disorders*, 30(1), 35-51.
- Stoffers, J.M., Vollm, B.A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, nro 8. Art. Nº CD005652.
- Westra, H.A. y Dozois, D.J. (2006). Preparing clients for cognitive behavioral therapy: A randomized pilot study of motivational interviewing for anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 30(4), 481-498.
- Wupperman, P., Neumann, C.S., & Axelrod, S.R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, 22(5), 466-482.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, D.B. y Silk, K.R. (2004). Axis I comorbidity in patients with borderline personality disorder: 6-year follow-up and prediction of time to remission. *American Journal of Psychiatry*, 161(11), 2108-2114.