

PSICOTERAPIA FOCALIZADA EN LA TRANSFERENCIA PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD. UN ESTUDIO CON PACIENTES FEMENINAS

David López*, Pablo Cuevas*, Araceli Gómez**, Josefina Mendoza*

SUMMARY

The objective of the study was to observe the changes in the psychopathology of women with Borderline Personality Disorder (BPD) after 48 sessions of Transference-Focused Psychotherapy (TFP) conducted by novel therapists, videotaped and supervised by experts. TFP is a specific treatment based on a manual, with two weekly individual sessions for BPD and also for the narcissistic and histrionic personality disorders. The treatment was developed in the last 20 years by Kernberg and colleagues at the Institute of Personality Disorders, Cornell Medical Center, according to the USA National Institute of Mental Health requirements.

Transference-Focused Psychotherapy is important because it provides a systematic guide for the containment and analysis of the victim-victimizer and rescued-rescuer transference-countertransference paradigms that arise along the treatment sessions which, if not properly handled, are responsible for the failure of most treatments of BPD patients. Before starting TFP, a therapy contract is set with detailed prescriptions for the management of suicidal behavior (the patient must accept to self- contain suicidal urges in order to receive the treatment), other forms of impulsivity, affective instability and alterations of identity related to destructive decisions regarding leaving home, school or work, use of illegal and prescribed drugs and taking proper care of mental and physical comorbidities.

Most BPD patients receive "treatment as usual" (TU) with supportive therapy, short and erratic courses of medication and brief hospitalizations. This is done despite the existence of specific therapies for them as psychodynamic therapy, supportive therapy, group therapy, family therapy and reliable and well- studied prolonged regimes of medications with fluvoxamine, olanzapine, valproate and omega fatty acid. Drop out rate of TU is almost 60% and the remaining patients exhibit little improvement even with several years of therapy conducted by experienced therapists.

Specific therapies for BPD, besides TFP, are Linehan's Dialectical Behavioral Therapy (DBT) and Bateman and Fonagy's Partial Hospitalization (PH) treatment (these two treatments use a combination of individual and group therapies) and Stevenson

and Meares's Self Psychotherapy (SP) (two individual sessions a week closely supervised in a weekly meeting with all therapists). These four therapies are effective for reducing the more destructive BPD manifestations within 12 to 18 months of treatment. Drop out rates are: PFT, 19.1%; DBT, 16.7%; PH, 12% and SP, 16%. In all these therapies, impulsivity and affective instability begin to remit after four to six months of treatment and the alterations of identity and the BPD diagnosis do not disappear at the end of the treatment.

In a previous study carried out by some of us with experienced (mean experience, 12 years; S.D.=1.15) and novel therapists (mean experience, 4.67 years; S.D.=4.23), where the experience of each group was significantly different ($U=7.5$, $p<.002$), impulsivity remitted after 24 sessions and affective instability remitted almost completely after 48 sessions in 11 out of 19 patients of both sexes who were offered a two-year treatment with videorecorded supervised TFP. There were no differences in results between both groups of therapists.

With that background, we planned the present study which, as far as we know, is the first TFP study with 48 sessions delivered only by novel therapists. The research project was approved by the Anahuac University research and ethical committees. Patients were recruited from respondents to an offer of treatment for BPD at the university psychotherapy clinic. Selection of patients was made with clinical and semi-structured interviews using the SCID I and the SCID II. At least one of the supervisors interviewed all patients and their families and offered to be available in the case of emergencies for patients, families and therapists. Inclusion criteria were: being 18 to 40 years old; meeting the first three criteria and two other of the remaining six BPD criteria; having graduated at least from junior high school, and not suffering from schizophrenia, bipolar disorder, delusional disorder, severe substance abuse, severe mental organic disorder or antisocial disorder.

Therapists were selected among recent graduates from the Anahuac University psychotherapy post-graduate program after attending two semesters on BPD psychopathology and therapy and a 20-hours course on the treatment manual given by the

*Grupo de investigación sobre pacientes limítrofes. Asociación Psicoanalítica Mexicana. Bosque de Caobas 67. Bosques de las Lomas. 11700, México DF.

**Coordinadora de la Maestría en Psicología Clínica y Psicoterapia de la Universidad Anahuac.

Recibido primera versión: 6 de mayo de 2003. Segunda versión: 9 de enero de 2004. Tercera versión: 29 de marzo de 2004. Aceptado: 9 de abril de 2004

supervisors. Seven therapists, six female and one male, agreed to participate. Supervisors were two training analysts from the Mexican Psychoanalytic Association, trained in the treatment manual by Kernberg and colleagues at the Institute of Personality Disorders, Cornell Medical Center, in 1993. Training analysts hold at least a yearly meeting with Kernberg's group in order to guarantee adherence to the manual. The supervisors have taught extensively how to use the treatment manual in Mexico City and other Mexican cities.

The supervisors explained to the patients and their families the nature and procedures of the treatment. They also explained to them that the use of the videorecordings would be only for research purposes and asked patients to sign an informed consent letter. Fourteen patients agreed to initiate therapy. Their mean age was 25 years, all of them were middle class and had a high education level. Nine had suicidal behavior and all suffered emotional outbursts and instability in vocational and value systems. All patients met criteria for BPD (1, 2, 3 and any two other of the remaining six), impulsivity (1 and 4 or 5), affective instability (2 and 6 or 8) and identity alterations (3 and 7 or 9). Four (29%) of them dropped out before reaching 24 sessions due to severe conflicts with parents and 10 completed 48 sessions.

The manual used was *Psychotherapy for Borderline Personality* by Clarkin, Yeomans and Kernberg, a 370 pages text which contains a detailed theoretical and clinical presentation of the therapy aims, objectives, strategies, tactics, techniques, clinical assessment, therapy contract, phases of treatment and how to handle emergencies and comorbidities.

Assessment evaluations were made at the time of entry, and after 24 and 48 sessions with the SCID II BPD section, the DSM IV Global Assessment of Functioning Scale (GAF) and the SCL 90. These instruments have a good reliability and validity in measuring changes during psychotherapy. Sessions were conducted in well adapted psychotherapy consulting rooms. Videorecordings were made having the videocamera inside the consulting room, handled by each therapist and always asking patients if they agreed with the procedure. All ten patients agreed in all sessions to do the videorecordings. Supervisions were carried out each week during three hours sessions attended by all therapists, the supervisors and the clinical coordinator of the psychotherapy program. All therapists showed a good adherence to the manual in the supervisory sessions and had no problems with being videorecorded.

The following data analysis was made on the 10 patients who finished all 48 sessions. The three patients who attempted to commit suicide did not repeated attempts; the two patients with psychiatric hospitalizations no longer returned to hospital. At the end of 24 sessions, suicidal threats remitted in the nine patients who had them at the time of entry. Beside this, the seven patients who interrupted the attendance to school or work because of the BPD, reassumed their duties before ending the treatment.

In the 24 sessions measurements, the following criteria were no longer met: impulsivity in nine patients, alterations of identity in three patients and affective instability in two patients. In the 48 sessions measurements the following criteria were no longer met: impulsivity in one more patient; no other patients had changes in alterations of identity; six more patients in affective instability; and only one patient no longer met the required five criteria to make the BPD diagnosis.

There were positive and significant differences in the SCL 90 and GAF measurements between the basal and the 24 and 48 sessions and in the GAF measurements between the 24 and 48

sessions, and almost significant differences in the SCL 90 measurements between the 24 and 48 sessions, as shown in the next values. Regarding the SCL 90, means were: initial: 2.14, S.D.=1.00; 24 sessions: 1.09, S.D.=0.84; 48 sessions: 0.67, S.D.=0.47. These decreasing values were significant when comparing initial values with those obtained after 24 sessions ($t=3.36$, $p=.01$) and after 48 sessions ($t=4.32$, $p=.002$), and almost significant in the comparisons made between the 24 and the 48 sessions measurements ($t=2.22$, $p=.054$). When analyzing the GAF measurements, means were: initial: 37.10, S.D.=18.90; 24 sessions: 68.10, S.D.=11.28; 48 sessions: 86.00, S.D.=3.95). These increasing values were significant when comparing initial values with those from the 24 sessions ($t=6.85$, $p=.00$) and the 48 sessions ($t=9.03$, $p=.00$) measurements, and also when comparing the values from the 24 and the 48 sessions ($t=6.02$, $p=.00$).

These results from the GAF and the SCL 90 show that the clinical and clinimetric improvement is corroborated with the measurements made by these two reliable instruments of change with psychotherapy.

Because the main improvement was significant after the first 24 sessions, we think a 24-session treatment may be useful even for the most severe BPD manifestations.

Our results were due to several factors: a) patients were young and educated; b) suicidal behavior was not severe; c) they had not suffered sexual abuse in infancy nor sexual violations in childhood or adolescence; d) they were treated by therapists trained with a treatment manual that emphasizes control of suicidal behavior, impulsivity and affective storms and the need to return soon to school and to work; e) all patients had psychological mindedness, genuine wishes to change and absence of huge secondary gains; f) supervisors interviewed all patients and families and were available to advice them and therapists. The only parent that asked for medical guidance and support was the mother of a patient who ingested caustics and had a gastrectomy immediately before starting treatment and, g) therapy was closely supervised using videotapes from the sessions.

In comparing our results with those of the other specific treatments for BPD, we can see that our drop out rate was almost ten points higher than theirs, but still much more better than the 60% rate of the treatment as usual. The fact that the specific treatments studied, namely PFT, PS, DBT, PH and also the medications mentioned, had good results, speak of the need of designing a combined treatment that could be compared with the treatment as usual.

The limitations of the study were that there was no control group, the short number of subjects and that they were only females. Conclusions are that TFP is effective to treat female subjects with suicidal and school and work dysfunction using novel therapists supervised by experts. There is a need to replicate this study with larger populations of both sexes in comparative studies with the treatment as usual.

Keys words: Borderline personality disorder, Transference Focused Psychotherapy, clinical trial.

RESUMEN

El objetivo del estudio fue observar los cambios en la psicopatología de mujeres con trastorno límite de la personalidad (TLP) tratadas con 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la

transferencia (PFT), que fue aplicada por terapeutas noveles, y videograbada y supervisada por expertos. La PFT es una psicoterapia específica para el TLP, sistematizada en un manual por Kernberg y colaboradores de acuerdo con los requisitos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos, que se aplica en dos sesiones individuales por semana, dirigida a la contención y análisis de los paradigmas transferenciales-contratransferenciales de víctima-victimario y rescatador-rescatado que se escenifican en las sesiones a lo largo del tratamiento. La mayoría de los pacientes con TLP recibe el "tratamiento usual" (TU) con psicoterapia de apoyo, medicación y hospitalizaciones breves, aun cuando existen terapias específicas para ellos. Con el TU, la tasa de deserción es de 60% y los pacientes que persisten en tratamiento por varios años tienen muy poca mejoría, aun con terapeutas experimentados. Las terapias específicas para el TLP, además de la PFT, son la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC), la Hospitalización Parcial (HP) y la Psicoterapia del *Self* (PS). Con todas ellas se obtienen mejorías significativas entre los 12 y 18 meses. Sus tasas de deserción son de 19.1, 16.7, 12 y 16%, respectivamente. Con estas terapias, la impulsividad y la inestabilidad afectiva empiezan a remitir entre los primeros cuatro y seis meses de terapia. En otro estudio nuestro con terapeutas experimentados y noveles, la impulsividad remitió a las 24 sesiones y la inestabilidad afectiva a las 48, en 11 de los 19 pacientes de uno y otro sexo a los que se ofrecieron dos años de PFT. Hasta donde sabemos, el que ahora presentamos es el primer estudio sobre la PFT aplicada en 48 sesiones por terapeutas noveles. La selección de pacientes se hizo mediante el SCID I y el SCID II. Uno de los dos supervisores entrevistó a todos los pacientes y familiares y ofreció estar disponible, en caso de urgencia, para pacientes, familiares y terapeutas. Los criterios de inclusión fueron: tener entre 18 y 40 años; cumplir con los primeros tres criterios y con dos de los seis restantes del TLP; contar con una escolaridad mínima de secundaria; no sufrir esquizofrenia, t. bipolar, t. delirante, t. agudo por abuso de sustancias, t. mental orgánico grave o t. antisocial. Catorce pacientes dieron su consentimiento y empezaron el tratamiento. Cuatro (29%) desertaron antes de las 24 sesiones y 10 completaron las 48 sesiones. La media de edad fue de 25 años, pertenecían a la clase media y poseían una buena escolaridad. Nueve presentaban conducta suicida y todas sufrían crisis emocionales e inestabilidad vocacional y de valores, y reunían los criterios del trastorno límite, de impulsividad, inestabilidad afectiva y alteraciones de identidad. Los siete terapeutas participantes se seleccionaron entre estudiantes que recién habían terminado un posgrado en psicoterapia en la Universidad Anáhuac, donde tomaron dos semestres de psicopatología y psicoterapia del TLP, y luego un curso de 20 horas sobre el manual de PFT. Los supervisores fueron dos psicoanalistas didácticos de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, adiestrados por Kernberg y colaboradores. El manual usado fue *Psychotherapy for Borderline Personality*, de Clarkin, Yeomans y Kernberg. Se hicieron mediciones al ingresar y a las 24 y 48 sesiones con el módulo del TLP del SCID II, la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) del DSM-IV y el SCL 90. Las sesiones se realizaron en consultorios para psicoterapia, con la videocámara dentro del consultorio manejada por el terapeuta. Las supervisiones se realizaron en sesiones semanales de tres horas con asistencia de los supervisores, los terapeutas y la coordinadora del posgrado en psicoterapia. Los terapeutas mostraron buena adhesión al manual durante las supervisiones. El análisis se efectuó sobre las 10 pacientes que completaron las 48 sesiones. Las tres pacientes que habían tenido intentos suicidas, no los repitieron; las que habían tenido varias hospitalizaciones psiquiátricas,

no volvieron a internarse; y al completar 24 sesiones desaparecieron las amenazas suicidas. De las siete pacientes que no estudiaban y no trabajaban, seis reanudaron sus actividades al terminar la terapia. El único caso que necesitó apoyo telefónico de los supervisores fue la familia de una paciente que ingirió cáusticos, por lo que se le practicó una gastrectomía.

A las 24 sesiones dejaron de cumplirse los siguientes criterios: los de impulsividad en nueve pacientes; los de inestabilidad afectiva en dos y los de alteraciones de identidad en tres. A las 48 sesiones, el décimo paciente dejó de tener impulsividad, y otros seis sujetos dejaron de tener inestabilidad afectiva. No hubo otras que dejaran de cumplir los criterios de alteración de identidad y sólo una paciente dejó de tener presentes los cinco criterios necesarios para el diagnóstico del TLP. En el análisis estadístico se observó que las medias, tanto del SCL 90 como de la EEAG, mostraron cambios positivos y significativos al comparar las puntuaciones iniciales con las obtenidas a las 24 y 48 sesiones, e igual sucedió al comparar las mediciones de la EEAG obtenidas a las 24 y 48 sesiones; asimismo, casi resultaron significativas las diferencias de las puntuaciones del SCL 90 entre las 24 y 48 sesiones. Entre las limitaciones del estudio está la falta de un grupo control, el escaso número de pacientes y que no participaran pacientes varones.

Las conclusiones fueron que 48 sesiones de PFT, aplicadas por terapeutas noveles y supervisados por expertos con videograbaciones de las sesiones, son efectivas para corregir la conducta suicida y la impulsividad y recuperar la funcionalidad escolar y laboral en mujeres con TLP. Es necesario repetir el estudio con poblaciones mayores, de uno y otro sexo y en forma comparativa con el TU.

Palabras clave: Trastorno límite de la personalidad, Psicoterapia focalizada en la transferencia, ensayo clínico.

INTRODUCCIÓN

La mayoría de los pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), clasificados de acuerdo con el DSM-IV (1) reciben el tratamiento usual (TU), consistente en terapia de apoyo, medicación y hospitalizaciones breves, aun cuando existen terapias específicas para ellos, como la psicoterapia psicodinámica (4), la terapia dialéctico conductual (14), la hospitalización parcial (2), la terapia de grupo (16), la terapia de familia (10) y la terapia de apoyo (22). La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) es un tipo de psicoterapia psicodinámica desarrollada por Kernberg y colaboradores (5), aplicable a los trastornos de personalidad histriónico, límite y narcisista del DSM-IV. El TLP se presenta en 1-2% de la población general, 10% de pacientes psiquiátricos ambulatorios, 20% de los hospitalizados y en 75% de los casos se manifiesta en mujeres (23). Estos pacientes realizan intentos suicidas recurrentes; 10% de ellos muere por suicidio (21) y tiene alta comorbilidad con trastornos afectivos y abuso de sustancias (24). En general, se considera que son intratables o que requieren tratamientos largos y cos-

tosos, aplicados por terapeutas de gran experiencia.

En investigaciones sobre el tratamiento del TLP, la Terapia Dialéctico Conductual (TDC) (15) y la Hospitalización Parcial (HP) (2) se compararon con el tratamiento usual (TU) en periodos de un año, la primera, y de 18 meses, la segunda. En ambos casos se usaron sesiones individuales y de grupo. En la TDC, una de las terapeutas fue la autora del tratamiento y las demás eran terapeutas experimentadas, mientras que en la HP las terapeutas eran enfermeras psiquiátricas, psicólogas clínicas y residentes en psiquiatría. El primer estudio se hizo con 44 mujeres que presentaban conducta autolesiva, pero no intentos suicidas de alta letalidad; en el segundo se estudiaron 38 pacientes de uno y otro sexo con TLP grave. En los dos tratamientos hubo remisiones significativas de la conducta suicida, la impulsividad, la inestabilidad afectiva y los episodios agresivos, así como del número y días de hospitalización; con la HP se redujeron los gastos de salud (3). La Psicoterapia del *Self* (PS) (19) y la PFT (5) se estudiaron en pacientes ambulatorios tratados con dos sesiones individuales por semana durante un año, que se aplicaron por residentes de psicología y psiquiatría, en el caso de la PS, y por terapeutas experimentados (una paciente fue tratada por uno de los autores del manual) y residentes de psicología y psiquiatría, en el caso de la PFT. En el primero trataron a 30 pacientes de uno y otro sexo con manifestaciones graves, y en el segundo trataron a 23 mujeres que tenían intentos suicidas y hospitalizaciones frecuentes. Con los dos tratamientos se logró reducir el número y la duración de las hospitalizaciones psiquiátricas, de las visitas a la sala de urgencias, del número de pacientes que intentaron suicidarse y de la letalidad de la conducta suicida. En el estudio con PS se demostró que el tratamiento ahorra gastos en salud (11). Las tasas de deserción, que eran de 60% con la psicoterapia usual (9), se redujeron a 12% con HP, 16% con PS, 16.7% con TDC y 19.1% con PFT. En los cuatro tipos de tratamiento se observó que la impulsividad, la conducta suicida y la inestabilidad afectiva empezaban a remitir entre los cuatro y los seis meses de tratamiento.

La psicoterapia reduce la psicopatología y mejora la funcionalidad de los pacientes con TLP porque desalienta la conducta suicida y las crisis afectivas manipuladoras, además de promover la reflexión y la creatividad como medios para resolver los conflictos interpersonales. Cuando aparecen en la relación terapéutica esas conductas manipuladoras, se denominan reacciones transferenciales, a las que el terapeuta responde con reacciones contratransferenciales (13), donde el paciente asume un rol de víctima y al terapeuta le asigna el rol de victimario (díada persecutoria), y en otros momentos se siente protegido y rescatado y ve

al terapeuta como figura protectora (díada idealizada). Cabe aclarar que los roles son intercambiables y las díadas se alternan con rapidez por la operatividad de la escisión y las defensas primitivas. La PFT ofrece una guía sistematizada para contener y analizar esos fenómenos que conducen al fracaso terapéutico cuando no se manejan apropiadamente.

En un estudio nuestro (6), la PFT fue aplicada por terapeutas experimentados y noveles a pacientes con TLP de uno y otro sexo, a los que se les ofreció tratamiento por dos años. En aquel caso logramos que la impulsividad y la conducta suicida remitieran a las 24 sesiones y que la inestabilidad afectiva lo hiciera a las 48 sesiones en 11 de 19 pacientes. Con esta base y lo observado en los estudios citados, decidimos hacer este ensayo clínico que, hasta donde sabemos, es el primero que se lleva a cabo con 48 sesiones (seis meses) de PFT conducida por terapeutas noveles, con la hipótesis de que al cabo de 48 sesiones habría una mejoría significativa en las manifestaciones de impulsividad e inestabilidad afectiva, mas no en las alteraciones de identidad ni en la remisión del TLP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio. Se hizo un ensayo clínico sobre los cambios en la psicopatología de mujeres con TLP al aplicarles 48 sesiones de PFT. Esta es una línea de investigación aprobada por los comités de investigación y ética de la Universidad Anáhuac y la Asociación Psicoanalítica Mexicana, de la que ahora presentamos observaciones con las primeras 10 pacientes tratadas.

Procedimientos. Las pacientes se reclutaron en la Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac. Se obtuvo una carta de consentimiento informado después de explicar ampliamente a las pacientes los procedimientos del estudio. La selección se hizo con entrevistas clínicas y entrevistas semiestructuradas. Las mujeres que reunieron los siguientes requisitos fueron elegibles para el estudio: 1. cumplir al menos con los primeros tres criterios y con dos de los seis criterios diagnósticos restantes para el Trastorno Límite de la Personalidad del DSM-IV (cuadro 1), 2. tener una escolaridad mínima de secundaria, 3. no sufrir esquizofrenia, t. bipolar, t. delirante, t. agudo por abuso de sustancias, t. mental orgánico grave o t. antisocial de la personalidad, 4. tener entre 18 y 40 años, 5. aceptar las condiciones del estudio.

Sujetos: Catorce pacientes cumplieron los requisitos, aceptaron las condiciones del estudio y empezaron el tratamiento. Cuatro (29%) desertaron antes de las 24

CUADRO 1
Criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad del DSM-IV

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas
3. Alteración de la identidad
4. Impulsividad
5. Conducta suicida
6. Inestabilidad afectiva
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Irascibilidad
9. Ideación paranoide o síntomas disociativos

sesiones, tres porque se rebelaron a la insistencia de los padres para que asistieran a la terapia y una porque quería reducir la frecuencia de las sesiones. Diez pacientes completaron las 48 sesiones. Las siguientes son las características demográficas y clínicas de las pacientes (cuadro 2): media de edad, 25 años; siete habían interrumpido sus estudios o asistencia al trabajo debido al TLP, y tres estudiaban o trabajaban; todas pertenecían a la clase media; nueve proferían amenazas suicidas; tres habían intentado suicidarse, una con ingestión de cáusticos que ameritó una gastrectomía, otra con sobredosis de tranquilizantes y la tercera con un accidente de automóvil; todas sufrían crisis emocionales y manifestaban inestabilidad vocacional, laboral, sexual o de valores; tres sufrían depresión mayor en remisión parcial con medicación y dos padecían epilepsia temporal en remisión completa con medicación; dos de ellas habían estado hospitalizadas, una en un hospital psiquiátrico durante dos periodos de varias semanas y otra en dos ocasiones por 24 horas en salas de urgencias.

Terapeutas. Se seleccionaron 15 entre los estudiantes que recién habían terminado dos años de formación en la Maestría en Psicoterapia de la Universidad Anáhuac, donde tomaron dos semestres de psicopatología y psicoterapia del TLP y un curso de capacitación de 20 horas sobre el manual de tratamiento (4). De ellos, seis mujeres y un varón aceptaron participar en el estudio. Otros criterios de inclusión de los terapeutas fueron: asistir a las sesiones de psicoterapia videograbada de los pacientes y revisar todas las videograbaciones con los dos supervisores y el grupo de terapeutas. Los criterios de exclusión fueron no haber asistido por lo

menos a dos sesiones de terapia o de supervisión al mes y no adherirse al manual de tratamiento.

Supervisores. Dos psicoanalistas didácticos de la Asociación Psicoanalítica Mexicana, adiestrados en 1993 en el uso del manual por Kernberg y colaboradores en el Centro Médico Cornell. Desde entonces, los supervisores han estado activos enseñando este tratamiento* y se han reunido una o dos veces al año con los autores para asegurar la adhesión al manual.

Materiales. El manual *Psychotherapy for Borderline Personality* (4), que describe la aplicación de la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia en un texto de 370 páginas. Este es un tratamiento sistematizado en un manual de acuerdo con los requisitos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos de América que puede ser aplicado por terapeutas experimentados y noveles con supervisión.

Instrumentos. Para la evaluación clínica y la selección de la muestra, se usó la Entrevista Clínica Estructurada para Diagnósticos del Eje I (SCID I) y II (SCID II) del DSM-IV (7, 8). Para las mediciones realizadas al empezar el estudio, a las 24 y 48 sesiones, se usaron el módulo del trastorno límite de la personalidad del SCID II (8) y la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV (1), y el SCL 90. El módulo del TLP del SCID II evalúa con un 3 cada uno de los nueve rasgos del trastorno cuando están presentes, con un 2 cuando son subclínicos, con un 1 si están ausentes y con “?” si la información es insuficiente para calificarlo. La Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) mide el nivel general de actividad del sujeto en una escala del 1 al 100, en que el aumento de la puntuación denota la disminución en el nivel de la psicopatología y un mejor funcionamiento psicosocial. Esta se ha usado para evaluar los cambios que producen los tratamientos en los pacientes psiquiátricos (20).

*Asociación Psicoanalítica Mexicana, Hospital Central Militar, Clínica de la Fac. de Psicología de la UNAM, Asn. Psicoanalítica Jalisciense, Asn. Mex. de Psicot. Analítica de Grupo, Inst. Mex. de Psicot. Psicoanal. del Adolescente, Universidad Anáhuac y Universidad de La Laguna en Torreón.

CUADRO 2
Principales características demográficas de las 10 pacientes que completaron 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la transferencia

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Edad	27	27	22	29	27	18	18	22	28	32
Escolaridad	4	4	3	3	3	3	1	1	4	4
Estudia o trabaja	NO	NO	NO	NO	NO	SI	NO	NO	SI	SI
Vive con	1	1	1	1	2	1	3	1	1	2

Escolaridad: 1. Preparatoria incompleta; 2. Preparatoria completa; 3. Universidad incompleta; 4. Universidad completa.
 Vive con: 1. Familia de origen; 2. Pareja; 3. Familiar cercano.

El SCL 90 sirve para evaluar la gravedad de la sintomatología global de los pacientes psiquiátricos con base en la calificación de 90 síntomas, de 0 (ausencia) a 4 (presencia permanente), y también ha mostrado confiabilidad para medir los cambios que producen los tratamientos a lo largo del tiempo (18).

Escenario. Las sesiones de tratamiento se realizaron en los consultorios de la Clínica de la Escuela de Psicología de la Universidad Anáhuac y en los consultorios privados de los terapeutas. Los consultorios eran espacios de 16 metros cuadrados aproximadamente, con buen aislamiento acústico, provistos de dos sillones individuales pequeños, colocados cerca uno de otro en un ángulo de 45°, de manera que la videocámara, colocada a unos dos metros de distancia, pudiera enfocar en forma completa al paciente y al terapeuta. Las videograbaciones se hicieron con la cámara colocada dentro del mismo consultorio, manejada por el terapeuta.

Las supervisiones se hicieron en un salón de la Universidad Anáhuac equipado con una videocasetera y un monitor de televisión.

Mediciones realizadas. La aplicación del SCL 90 y del módulo del SCID II sobre el trastorno límite de la personalidad, así como la calificación de la Escala de Evaluación Global del DSM-IV, fue realizada por un equipo de evaluadoras. Las mediciones se hicieron al entrar al estudio y al terminar 24 y 48 sesiones.

Análisis de los datos. Obtuvimos la media de las edades y, por la escasa cantidad de sujetos, sólo reportamos el número de ellos que tenían presentes o ausentes los *items* demográficos y clínicos de ingreso, así como los nueve criterios del trastorno límite al ingresar a las 24 y a las 48 sesiones. Los cambios en los valores de las mediciones de la Escala de Evaluación de la Actividad Global y del SCL 90 se analizaron mediante una comparación de las medias con la prueba "t" para estimar la significancia de las diferencias entre ellas mediante el SPSS, versión 10.

RESULTADOS

Los siete terapeutas que trataron a este grupo de pacientes mostraron un buen apego al manual de tratamiento demostrado en las sesiones de supervisión. El análisis que sigue es sobre las diez pacientes que completaron las 48 sesiones de tratamiento. Durante este tiempo, las tres pacientes que habían tenido intentos suicidas no los repitieron y las que habían tenido hospitalizaciones psiquiátricas no volvieron a internarse, y al completar 24 sesiones las amenazas suicidas desapa-

recieron en las nueve pacientes que las presentaban al inicio. Además, de las siete pacientes que no estudiaban y no trabajaban por causa del TLP, seis reanudaron sus actividades y sólo una no lo hizo al terminar las 48 sesiones, porque la terapia no logró modificar los rasgos antisociales que sustentaban esa actitud.

Al empezar el tratamiento las diez pacientes tenían presentes los criterios de impulsividad, inestabilidad afectiva y alteración de identidad, y cumplían con los cinco criterios necesarios para el diagnóstico del TLP del DSM-IV.

En las mediciones de las 24 sesiones, nueve de las diez pacientes habían dejado de cumplir con los criterios de impulsividad, porque ya no realizaban esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, no amenazaban con suicidarse ni tenían la sexualidad caótica con que iniciaron la terapia. La paciente número uno, que aún tenía presente el criterio de impulsividad (intento suicida con cáusticos), tras las 24 sesiones ya no tenía conducta suicida pero persistía en su impulsividad y sus agresiones verbales. Tres de las diez pacientes ya no cumplían con los criterios de alteraciones de identidad (pacientes 5, 6 y 10), en razón de que ya no tenían inestabilidad en su orientación vocacional, laboral, sexual ni en sus metas y valores. Sólo dos pacientes habían dejado de cumplir con los criterios de inestabilidad afectiva al haber aprendido a contener las crisis emocionales, las explosiones verbales y los pleitos físicos que tenían al empezar el tratamiento.

En las evaluaciones de las 48 sesiones, la paciente que aún cumplía los criterios de impulsividad (paciente 1) dejó de tenerlos. Seis de las ocho pacientes que persistían en su inestabilidad afectiva, dejaron de tenerla. Las dos pacientes que no mejoraron en este aspecto fueron la tres y la cinco. De ellas, la tres tenía conflictos frecuentes con su madre, por ser ésta muy controladora, y la cinco con su pareja, que la abandonaba por razones de trabajo. En esta medición no hubo otras pacientes que dejaran de tener alteraciones de identidad, además de las tres ya mencionadas. Al terminar las 48 sesiones, sólo una paciente (la seis) dejó de cumplir los cinco criterios necesarios para hacer el diagnóstico de TLP (cuadro 3), mejoría que atribuimos a que el TLP que presentaba era muy leve.

En el análisis estadístico se observó que las medias del índice de gravedad sintomática del SCL 90 (inicial: 2.14, d.e.=1.01; 24 sesiones: 1.08, d.e.=0.84; 48 sesiones: 0.67, d.e.=0.46) mostraron una disminución significativa al comparar las puntuaciones iniciales con sus puntuaciones a las 24 sesiones ($t=3.36$, $p=.01$) y a las 48 sesiones ($t=4.32$, $p=.00$), y casi fue significativa la comparación entre las puntuaciones de las 24 y las 48 sesiones ($t=2.22$, $p=0.054$) (gráfica 1).

También se encontraron diferencias significativas

CUADRO 3**Características clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad de las 10 pacientes que completaron 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la transferencia**

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Manifestaciones de impulsividad (criterios 1 y 4 o 5)										
Amenazas suicidas	X	X	X	X	X	X	X	X		X
Intentos suicidas	X	X	X							
Sexualidad caótica		X	X	X			X	X	X	
Manifestaciones de inestabilidad afectiva (criterios 2 y 6 u 8)										
Crisis emocionales	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Explosiones verbales	X	X	X	X		X	X	X	X	X
Pleitos físicos	X	X	X	X			X		X	
Manifestaciones de alteraciones de identidad (criterios 3 y 7 o 9)										
Alteraciones de orientación vocacional, laboral, sexual o de valores	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

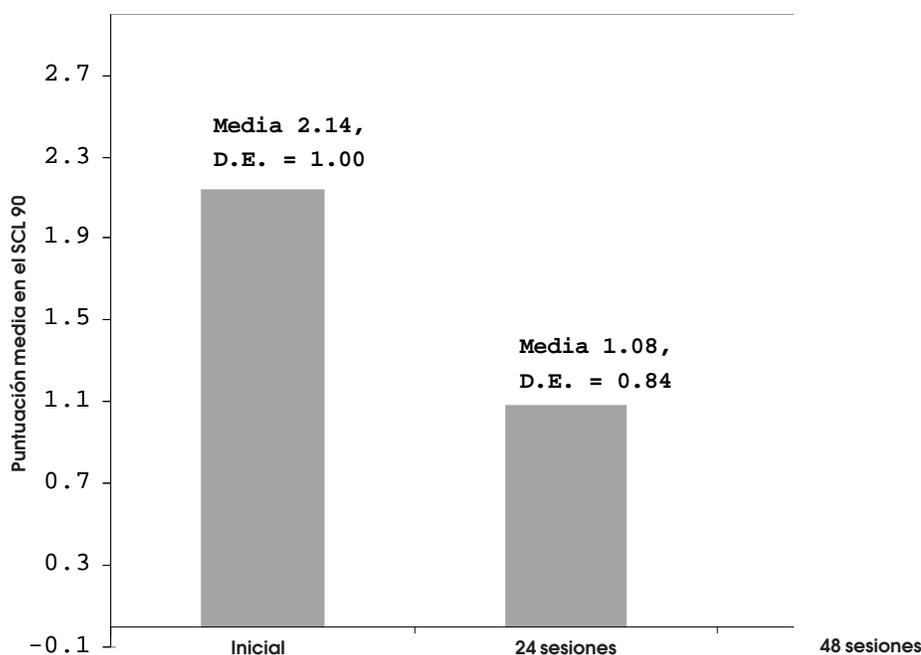
Véanse en el cuadro 1 los criterios del TLP del DSM-IV

entre las medias (inicial: 37.1, d.e.=18.90; 24 sesiones: 68.10, d.e.=11.27; 48 sesiones: 86.00, d.e.=3.94) de la muestra en la Escala de Evaluación de la Actividad Global al comparar las puntuaciones iniciales con sus puntuaciones a las 24 sesiones ($t=6.85$, $p=.00$) y a las 48 sesiones ($t=9.03$, $p=.00$), y también al comparar las puntuaciones entre las 24 y las 48 sesiones ($t=6.02$, $p=.00$) (gráfica 2).

DISCUSIÓN

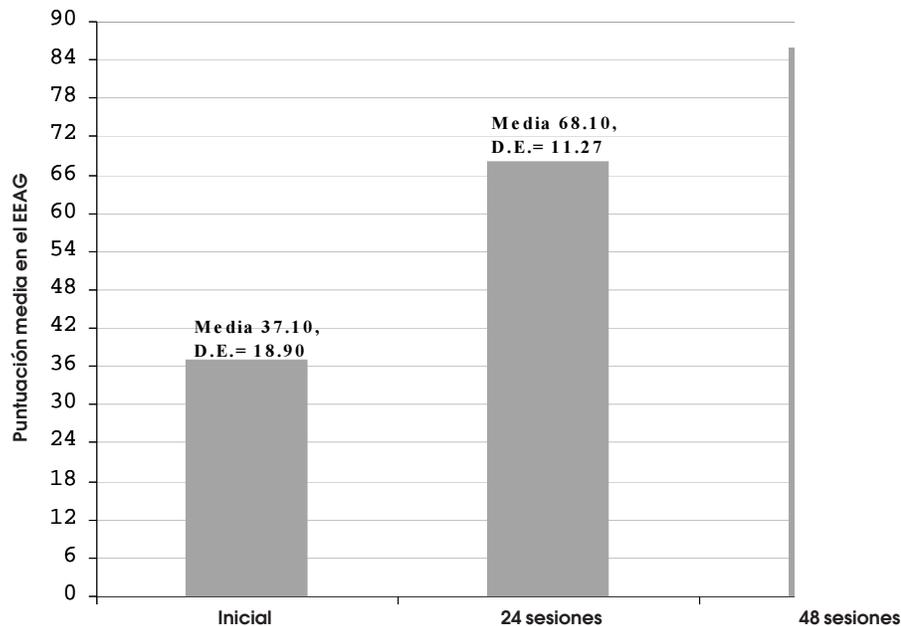
En esta investigación pudimos observar la trayectoria de los cambios en la psicopatología del TLP en diez mujeres tratadas con 48 sesiones (seis meses) de PFT,

aplicada por siete terapeutas noveles supervisados por expertos. Es sumamente satisfactorio que los siete terapeutas pudieran apegarse al manual y lograran que las tres pacientes que habían realizado intentos suicidas no los repitieran, y que las nueve pacientes que amenazaban reiteradamente con suicidarse dejaran de hacerlo al terminar 24 sesiones, porque ello muestra que la PFT es efectiva para frenar una de las manifestaciones más graves de los pacientes limítrofes en un periodo de tratamiento relativamente corto. Además, la PFT produjo una notable mejoría en el funcionamiento psicosocial de las siete pacientes que no estudiaban y no trabajaban por causa del TLP, ya que seis de ellas reanudaron sus actividades durante el periodo de tratamiento.

Gráfica 1. Medias del SCL 90 en las diferentes mediciones*

*Significancia entre el inicio y las 24 sesiones ($t=3.36$, $p=0.01$); entre el inicio y las 48 sesiones ($t=4.31$, $p=0.00$); y entre las 24 y las 48 sesiones ($t=2.22$) ($p=0.054$), en la prueba t de muestras pareadas

Gráfica 2. Medias de la Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) en las diferentes mediciones*



*Significancia entre el inicio y las 24 sesiones ($t = 6.85, p = 0.00$); entre el inicio y las 48 sesiones ($t = 9.03, p = 0.00$); entre las 24 y las 48 sesiones ($t = 6.02, p = 0.00$), en la prueba t de muestras pareadas.

Estos resultados se reflejaron en las mediciones realizadas con el SCID II, según lo cual nueve de las diez pacientes habían dejado de cumplir los criterios de impulsividad a las 24 sesiones, aunque en siete de ellas persistía la alteración de identidad y en ocho la inestabilidad afectiva. Lo anterior parece indicar que la PFT puede reducir la impulsividad en forma independiente de esas otras manifestaciones, hallazgo que contradice la afirmación, hasta ahora sustentada, de que para reducir la impulsividad en los pacientes con TLP primero deben corregirse la alteración de la identidad y la inestabilidad afectiva. A las 48 sesiones, las diez pacientes dejaron de presentar impulsividad y en ocho desapareció la inestabilidad afectiva, lo que representa un buen porcentaje de mejoría para estas pacientes. Los cambios positivos detectados mediante la clínica y la clinimetría también se observaron en las mediciones con el SCL 90-R y con la Escala de Evaluación de la Actividad Global del DSM-IV. En este caso se encontraron diferencias significativas al comparar los valores basales con los de las 24 y las 48 sesiones, pero no entre estas dos últimas, aunque clínicamente sí se apreciaron ganancias en la reducción de la psicopatología y en la mejoría de la funcionalidad psicosocial en ese periodo.

Pensamos que lo anterior comprueba la hipótesis de que la PFT produce remisiones de la impulsividad a las 48 sesiones en más de la mitad de las pacientes, que en nuestros casos llegaron a 100%. En cuanto a la remisión de la inestabilidad afectiva, las expectativas se

sobrepasaron, porque esperábamos que mejoraran menos de la mitad de las pacientes y se lograron remisiones en 80% de ellas. Asimismo, los cambios positivos de la alteración de la identidad en tres de las pacientes fueron inesperados, ya que no pensábamos obtener cambios observables en ese sector de la psicopatología. Otro hallazgo inesperado fue que una paciente pudiera dejar de cumplir los cinco criterios necesarios para hacer el diagnóstico del TLP en ese plazo.

El hecho de que la mejoría significativa se haya presentado a partir de las 24 sesiones apoya la idea de que la PFT es efectiva para mejorar las principales manifestaciones del TLP con 24 sesiones y que quizás no sería absolutamente indispensable extender el tratamiento a 48 sesiones. Si estos resultados se repitieran en un estudio comparativo con el tratamiento usual, se podría pensar en un tratamiento de 24 sesiones para este grupo de pacientes.

En nuestros resultados influyeron varios factores: a) la juventud de las pacientes y su buen nivel de escolaridad; b) la conducta suicida no era de alta letalidad; c) no habían sufrido abuso sexual; d) los terapeutas fueron capacitados con un manual que enfatiza el control de la conducta suicida, la impulsividad y las crisis afectivas, junto con la necesidad de reasumir la funcionalidad escolar y laboral a la mayor brevedad; e) las pacientes tenían mentalidad psicológica, deseos de cambio y ausencia de ganancias secundarias insuperables; f) los dos supervisores entrevistaron a todas las pacientes y a sus familiares y estuvieron disponibles

CUADRO 4
Comorbilidades del Trastorno Límite de la Personalidad de las 10 pacientes que completaron 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la transferencia

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Depresión mayor	X	X			X					
Distimia				X		X				
Epilepsia temporal		X						X		

CUADRO 5
Antecedentes infantiles de las 10 pacientes que completaron 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la transferencia

Pacientes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Negligencia parental	X	X		X	X		X	X	X	X
Abuso físico				X						X

CUADRO 6
Número de pacientes que dejaron de cumplir los criterios de impulsividad, inestabilidad afectiva y alteraciones de identidad en las mediciones de las 24 y 48 sesiones

	N = 10		
	24 sesiones	48 sesiones	Total
Impulsividad	9	1	10/10
Inestabilidad afectiva	2	6	8/10
alteraciones de identidad	3	0	3/10

para consultas de pacientes, familiares (sólo se dio apoyo telefónico a la familia de la paciente que ingirió cáusticos) y terapeutas a lo largo del estudio (parece ser que el solo hecho de que los supervisores ofrecieran estar disponibles actuó como una medida importante de apoyo y contención) y, g) la terapia fue supervisada de cerca usando videgrabaciones de las sesiones.

Al comparar nuestro estudio con los mencionados en la Introducción, la primera diferencia es nuestra tasa de deserción de 29.0%, que en aquellos fue de 19.1% con la PFT, 16.7% con la TDC, 16.0% con la PS y 12.0% con la HP. Al revisar las razones de la deserción de las cuatro pacientes —tres de ellas lo hicieron por-

que se rebelaron ante la presión de los padres para que asistieran a la terapia y otra más porque no aceptó asistir a las sesiones requeridas— pensamos que en realidad no eran casos apropiados para la PFT y que posiblemente no deberían considerarse como deserciones. De todos modos, una tasa de deserciones de 29.0% es baja, ya que con el tratamiento psicoterapéutico usual es de alrededor de 60.0% (9).

Es importante señalar que los pacientes tratados en los estudios mencionados presentaban manifestaciones más graves que las que tratamos nosotros, por lo que no sería válido compararlos. Sin embargo, el hecho de que en todas las modalidades se hayan logrado remisiones de la conducta suicida, de la impulsividad e inestabilidad afectiva habla de que habría factores terapéuticos comunes entre los cuatro tipos de terapia, entre los que están desalentar la conducta suicida (en la TDC y la PFT es requisito que el paciente se comprometa a detener por sí mismo la conducta suicida si desea iniciar la terapia) y las crisis afectivas, así como promover la reflexión y el diálogo como medios para enfrentar los conflictos interpersonales. Lo que diferencia a la PFT de las otras terapias es que ésta se basa

CUADRO 7
Valores del SCL90 y de la EEAG iniciales a las 24 y a las 48 sesiones de las 10 pacientes que completaron 48 sesiones de psicoterapia focalizada en la transferencia

Pacientes	SCL 90 Inicial	SCL 90 24 Sesiones	SCL 90 48 Sesiones	EEAG Inicial	EEAG 24 Sesiones	EEAG 48 Sesiones
1	3.0	2.5	1.0	35	55	90
2	2.6	2.2	1.6	50	80	90
3	1.8	1.0	0.4	10	60	85
4	3.5	0.08	0.07	10	60	80
5	0.9	0.5	0.3	30	65	85
6	2.5	1.2	1.0	45	60	80
7	0.3	0.2	0.56	40	61	85
8	2.3	0.4	0.3	41	85	90
9	3.0	1.8	0.5	35	70	85
10	1.5	1.0	1.0	75	85	90

en una teoría psicoanalítica de los trastornos de la personalidad (13), que ofrece un marco conceptual coherente entre la psicopatología, la organización psicoestructural, la transferencia-contratransferencia, los acontecimientos infantiles traumáticos y las estrategias, tácticas y técnicas para aplicar el tratamiento.

Haber obtenido resultados similares con psicoterapias de orientaciones teóricas y técnicas diferentes apunta a la conclusión de que sus técnicas podrían usarse en forma complementaria, por lo que pensamos que las futuras investigaciones sobre la psicoterapia del TLP deberían ser sobre un tipo de terapia que incluyera bases teóricas y técnicas de los tratamientos mencionados.

El TLP sin manifestaciones suicidas agudas y graves puede ser tratado con olanzapina (28), fluvoxamina (19), valproato (13) y ácido graso omega-3 (29). Sin embargo, cuando existe una conducta suicida grave, se recomiendan tratamientos conjuntos con psicoterapia y farmacoterapia con objeto de mantener un contacto personal con los pacientes, que permita evaluar el riesgo suicida en forma continua y realizar las medidas psicoterapéuticas necesarias para contener la tendencia suicida.

Entre las limitaciones de nuestro estudio están la falta de un grupo control, el escaso número de pacientes estudiadas y la falta de participación de pacientes varones. De lo anterior se desprende que otros estudios sobre la PFT deberían hacerse con grupos de pacientes limítrofes con síntomas más graves, en poblaciones más amplias, de uno y otro sexos y con grupo control.

Como conclusiones se podría mencionar que la PFT pudo ser aplicada con efectividad por terapeutas noveles en este grupo de pacientes, con buenos resultados a partir de las 24 sesiones y que en esto influyó lo siguiente: 1. el ambiente académico de la Universidad Anáhuac, donde hubo un compromiso genuino de autoridades, terapeutas y supervisores para realizar el estudio, 2. que la PFT sea un tratamiento manualizado, 3. que la terapia haya sido supervisada semanalmente por expertos que evaluaron a todas las pacientes y, 4. que el TLP que padecía este grupo de mujeres no era de los más graves.

Agradecimientos

A Otto Kernberg y John Clarkin por la autorización para usar el Manual de tratamiento. A Teresa Lartigue y Héctor Avila por la asesoría metodológica. A Martha Ontiveros, Giuseppe Amara y María Elena Micher por la ayuda en el reclutamiento de pacientes. A Cecilia Balbas por el análisis estadístico de los datos. A Blanca Ríos, Carla Gutiérrez, Paola Gómez, María Elena López, Yolanda Montoya, Mercedes Rojas, Miguel Angel de León y Eréndira Casarrubias por su participación como terapeutas.

REFERENCIAS

1. ASOCIACION PSIQUIATRICA AMERICANA. *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales*, 4ª 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. BATEMAN A, FONAGY P: Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*, 160:169-171, 2003.
4. CLARKIN J, YEOMANS F, KERNBERG O: *Psychotherapy for Borderline Personality*. Wiley, Nueva York, 1999.
5. CLARKIN J, FOELSCH P, LEVY K, HULL J, DELANEY J, KERNBERG O: The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *J Personality Disorders*, 15(6):487-495, 2001.
6. CUEVAS P, CAMACHO J, MEJIA R, ROSARIO I, PARRES R, MENDOZA J, LOPEZ D: Cambios en la psicopatología del trastorno límite de la personalidad con psicoterapia psicodinámica. *Salud Mental*, 23(6):1-11, 2000.
7. FIRST M, SPITZER R, GIBBON M, WILLIAMS J: *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-V*. Masson, Barcelona, 1999.
8. FIRST M, GIBBON M, SPITZER R, WILLIAMS J, BENJAMIN L: *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-V*. Masson, Barcelona, 1999.
9. GUNDERSON J, FRANK A, RONNINGSTAM E, WACHTER S, LYNCH V, WOLF P: Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis*, 177:38-42, 1989.
10. GUNDERSON JG, BERKOWITZ C, RUIZ-SANCHO A: Families of borderline patients: a psychoeducational approach. *Bull Menninger Clin*, 61:446-457, 1997.
11. HALL J, CALEO S, STEVENSON J, MEARES R: An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. *J Ment Health Policy Econ*, (1):3-8, 2001.
12. HOLLANDER E, ALLEN A, LOPEZ RP, BIENSTOCK CA, GROSSMAN R, SIEVER LJ, MERKATZ L, STEIN DJ: A preliminary double-blind, placebo-controlled trial of divalproex sodium in borderline personality disorder. *J Clin Psychiatry*, 62(3):199-203, 2001.
13. KERNBERG O: Psychoanalytic theory of personality disorders. En: *Major Theories of Personality Disorders*. Clarkin J, Lenzenweger M (eds). Guilford Press, Nueva York, 1996.
14. LINEHAN MM: *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press, Nueva York, 1993.
15. 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.
16. MUNROE-BLUM H, MARZIALI E: Time-limited group psychotherapy for borderline patients. *Can J Psychiatry*, 33:364-369, 1988.
17. RINNE T, VAN DEN BRINK W, WOUTERS L, VAN DYCK R: SSRI Treatment of borderline personality disorder: a randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 159:2048-2054, 2002.
18. SCHMITZ N, HARTKAMP N, FRANKE GH: Assessing clinically significant change: application to the SCL-90-R. *Psychol Rep*, 86(1):263-74, 2000.
19. STEVENSON J, MEARES R: An Outcome Study Of Psychotherapy For Patients With Borderline Personality

- Disorders. *Am J Psychiatry*, 149:358–362, 1992.
20. STARTUP M, JACKSON MC, BENDIX S: The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol*, 41(Pt 4):417-22, 2002.
 21. STONE M: Long-term outcome in personality disorders. *British J Psychiatry*, 162:299-313, 1993.
 22. WALDINGER RJ, GUNDERSON JG: *Effective Psychotherapy With Borderline Patients*. American Psychiatric Press, Washington, 1989.
 23. WEISSMAN MM: The epidemiology of personality disorders: a 1990 update. *J Personality Disorders*, 7:44-62, 1993.
 24. ZANARINI M, FRANKENBURG F, DUVO ED, SICKEL A, TRICKHA A, LEVIN A, REYNOLDS V: Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 155:1733-1739, 1998.
 25. ZANARINI MC, FRANKENBURG FR: Olanzapine treatment of female borderline personality disorder patients: a double blind, placebo controlled study. *J Clin Psychiatry*, 62(11):849-54, 2001.
 26. ZANARINI MC, FRANKENBURG FR: Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: a double-blind, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry*, 160:167-169, 2003.

**RESPUESTAS DE LA SECCION
AVANCES EN LA PSIQUIATRIA
Autoevaluación**

1. **C**
2. **D**
3. **E**
4. **A**
5. **E**
6. **C**
7. **A**
8. **E**
9. **B**
10. **E**
11. **C**
12. **B**
13. **C**
14. **E**