

ARTÍCULOS

**Procesos básicos en una aproximación
cognitivo-conductual a los trastornos
de personalidad**

***Basic processes in the cognitive-
behavioral approach to personality
disorders***

MIGUEL ÁNGEL PÉREZ NIETO¹

HÉCTOR GONZÁLEZ ORDI²

MARTA M.^a REDONDO¹

RESUMEN

El presente trabajo pretende revisar el protagonismo de procesos psicológicos básicos en la actual conceptualización de los trastornos de personalidad (TTPP), sus modelos explicativos más relevantes y las terapias cognitivo-conductuales centradas en estos trastornos. Para ello se revisará la tendencia actual a una aproximación más dimensional que categorial a los TTPP señalando la mayor relevancia implícita que en esa perspectiva tendrán los procesos psicológicos básicos. Para revisar el protagonismo de estos procesos se presentarán distintos modelos teóricos: el modelo de los siete factores, la aproximación desde el modelo de los cinco grandes, el modelo biosocial, y aproximación desde los modelos cognitivos. También se presentarán los principios de las dos terapias cognitivo-conductuales propias de los TTPP. Una vez presentado el estado actual de la cuestión se revisa el papel de la percepción, la atención, la memoria, el aprendizaje, la emoción y la impulsividad y su afrontamiento y regulación en los modelos y terapias cognitivo-conductuales presentados, discutiendo sobre la necesidad de darles mayor protagonismo.

¹ Departamento de Psicología. Universidad Camilo José Cela.

² Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid.

ABSTRACT

This paper is a review of the key role played by basic psychological processes in the current conceptualization of personality disorders, the most outstanding models, and the cognitive-behavioral therapies. Currently, there is an increasing tendency towards more dimensional approaches at the expense of more categorical ones. Basic psychological processes are more relevant for dimensional approaches. In this regard, a number of models will be described: the 7 factor model, the Big Five model, the biosocial model, and the cognitive models. Likewise, the basics of both cognitive-behavioral approaches to personality disorders will be outlined. Finally, the role of perception, attention, memory, learning, impulsivity, and the way cognitive-behavioral therapies cope with them will also be reviewed. All these processes should be given due relevance.

PALABRAS CLAVE

Trastornos de personalidad, Terapia cognitivo-conductual, Procesos cognitivos, Impulsividad.

KEY WORDS

Personality disorders, Cognitive-behavioral therapy, Cognitive processes, Impulsivity.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL A LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

Los trastornos de personalidad (TTPP) son definidos según el DSM-IV-TR como patrones estables e inflexibles de conducta y experiencia interna (procesos cognitivos y afectivos) que se apartan significativamente de lo culturalmente esperado, que se prolongan desde la adolescencia o inicio de la edad adulta y que son fuente de desajuste social o malestar (APA, 2000). Precisamente es la estabilidad de los procesos cognitivos y afectivos desajustados lo que aparta a estos trastornos del orden clínico y obliga a la clasificación diagnóstica a generar un eje paralelo. Esta distinción apareció en el DSM-III (APA, 1980) y ha sido y es entendida como un avance en la clasificación diagnóstica, pero sin embargo, después de más de veinte años, no ha conseguido que dicha conceptualización de los TTPP sea plenamente satisfactoria y válida para la totalidad de la comunidad científica, de la que todavía surgen críticas sobre la comunalidad, el solapamiento y cierta arbitrariedad en los dominios que agrupan los distintos trastornos (véase Livesley, 2003; Millon, 2002; Tyrer et al., 2007; Widiger y Samuel, 2005). Estas críticas, sumadas a la presencia de trabajos que muestran evidencia sobre la dimensionalidad de los TTPP (Trull y Durrett, 2005), o las implicaciones teóricas de la comorbilidad entre ejes (Krueger, 2005) ha favorecido que haya nuevas propuestas que desafían una visión más simplista de la estabili-

dad de los TTPP (Clark, 2005; Tyrer et al., 2007). Clark (2007) apunta a una reconceptualización de los TTPP en la que se relativizaría el concepto de estabilidad, de manera que los TTPP reflejarían similares combinaciones de rasgos de personalidad (O'Connor, 2002, 2005) que presentarían una moderada estabilidad pero que diferirían en intensidad, desadaptabilidad y consecuencias conductuales. En definitiva, los TTPP se definirían como síntomas agudos vinculados a rasgos desadaptativos (p.ej. evitación interpersonal) y/o conductas defensivas o compensatorias que se darían en procesos de afrontamiento de estresores internos y/o externos (Skodol et al., 2005).

Este planteamiento favorece más un abordaje de los TTPP atendiendo al funcionamiento de procesos básicos, es decir atendiendo de manera especial al funcionamiento de los procesos involucrados en las áreas cognitivas, afectivas y conductuales.

Las evidencias sobre las dimensiones de personalidad han ayudado mucho en esta dirección, y como señalan Widiger y Mullins-Sweatt (2007) se ha observado que buena parte de los rasgos de personalidad desadaptativos que se incluyen en los criterios diagnósticos de los trastornos de personalidad se dan en personas que nunca recibirían ese diagnóstico, lo que favorecería considerar que parte de los síntomas de los TTPP serían variantes de rasgos de personalidad incluidos en modelos teóricos generales de la

personalidad (Saulsman y Page, 2004; Widiger y Costa, 2002).

Esta postura más dimensional no sería obligatoriamente contrapuesta si se atiende a propuestas como la de Millon y Escovar (1996) que a partir del concepto de "prototipo" identificarían al individuo que poseería todas las características de una categoría pero asumiéndose que éste sería el extremo de un vector que ayudaría a definir diagnósticamente aquellos casos con una alta comorbilidad entre las distintas categorías diagnósticas actuales. Lynam y Widiger (2001) desarrollan un método "prototípico" de diagnóstico de los TTPP de acuerdo al modelo de los cinco grandes, encontrando algunos trabajos un buen ajuste del sistema experto de identificación de prototipos y el actual modelo de los cinco grandes (Miller, Reynolds y Pilkonis, 2004).

En cualquier caso, una aproximación a los TTPP que da relevancia a la exacerbación de algunas dimensiones de personalidad hace, en nuestra opinión, que los procesos afectivos, cognitivos y conductuales que permiten identificar esa exacerbación sean realmente el objeto de la intervención. Así, como señalan diversos trabajos (Morey y Zanarini, 2000; Trull et al., 2003) en el caso, por ejemplo, del trastorno límite de la personalidad, sus síntomas podrían considerarse básicamente variantes extremas de lo que en el ámbito de la emoción se denominaría afecto negativo o emocionalidad negativa y que en el ámbito de la

personalidad se denominaría como el dominio neuroticismo.

En definitiva, la identificación de procesos cognitivos y afectivos, tanto emocionales como motivacionales, comunes a diversos modelos explicativos de los TTPP, así como su peso en distintas terapias específicas para los TTPP se convierte en el objetivo del presente trabajo. Con ello se pretende favorecer la identificación de objetivos terapéuticos en distintas intervenciones adecuando las mismas a los procesos que se convierten en síntomas. Hay que recordar que los procesos cognitivos, afectivos y conductuales que se identifican como síntomas pueden ser generadores y mantenedores del propio cuadro, como ocurre en trastornos puramente clínicos o en el desarrollo de la personalidad a partir de modelos dinámicos no lineales (Lewis, 2000).

MODELOS DE PERSONALIDAD

En las explicaciones sobre la estructura y el desarrollo de la personalidad se combinan tanto aproximaciones de carácter más biológico, a cuyos factores se denominan temperamentales, como de aproximaciones de carácter más ambiental, a cuyos factores se denominan caracterológicos (Caballo, 2004).

El peso de las variables biológicas en la regulación conductal va unido al desarrollo de la psicología como ciencia y autores como Pavlov ya hipotetizaron sobre los mecanismos de alternancia y equilibrio

entre “procesos básicos de excitación e inhibición” (Olivencia y Cangas, 2002). En la actualidad uno de los modelos teóricos más relevantes que dan especial peso a las variables temperamentales es el modelo de los siete factores de Cloninger (1998, 2000). El modelo propone cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos que son persistentes a lo largo del tiempo y por otra parte propone también tres dimensiones caracterológicas que reflejan diferencias individuales y que se desarrollan en interacciones no lineales entre el temperamento y las experiencias vitales (Svrakic et al., 2002).

Las dimensiones temperamentales planteadas en el modelo de Cloninger son: “búsqueda de novedad” que se referiría a la activación conductual; “evitación del daño” que se referiría a la inhibición conductual; “dependencia de la recompensa” que se referiría a los procesos de extinción y habituación de respuestas conductuales aprendidas; y finalmente, una cuarta dimensión que inicialmente formaba parte de “dependencia de la recompensa” que es la de “persistencia”. Para las tres primeras dimensiones Cloninger plantea una hipótesis por cuál, cada una de las tres primeras dimensiones del temperamento estaría asociada respectivamente con un determinado neuromodulador monoamina, que serían la dopamina para la “búsqueda de novedad”, la serotonina para la “evitación del daño” y la noradrenalina para la “dependencia de la recom-

pensa”. En cuanto a las tres dimensiones del carácter estas serían: la “cooperación” (empatía frente a hostilidad); autotranscendencia (originalidad e imaginación frente a control); y “autodirección” que haría referencia a la capacidad para mantener una conducta en la dirección de un objetivo frente a la inseguridad, es decir, la capacidad de autorregular la conducta.

De acuerdo a estas dimensiones planteadas por Cloninger, el trastorno de personalidad se daría por el aprendizaje de niveles bajos de “cooperación”, “autotranscendencia” y sobre todo “autodirección”, vinculándose el tipo de trastorno de personalidad a cada uno de los cuatro tipos de temperamento. Una revisión y descripción detallada del modelo en general, y especialmente de las bases biológicas, se puede ver en un reciente capítulo del autor del modelo (Cloninger, 2007).

En esta perspectiva que incluye dimensiones más temperamentales se hallarían también modelos de personalidad normal como el “Big Five” (Costa y McCrae, 1985), que si bien parte de un desarrollo factorial a partir de análisis léxicos, presentan una alta difusión y han sido utilizados también en la evaluación y el diagnóstico de los TTPP, aunque presentando algunas limitaciones en estos aspectos (Bagby, Costa, Widiger, Ryder y Marshall, 2005; Furnam y Crump, 2005). Las cinco dimensiones que propone el modelo: “neuroticismo”, “extraversión”, “apertura a la experiencia”, “amabilidad” y “responsabilidad” (compro-

miso con objetivos), han mostrado cierto grado de asociación con algunas de las dimensiones del modelo de Cloninger (véase Fara-
baugh et al., 2005).

El carácter, al definirse por dimensiones aprendidas y vinculadas a factores psicosociales, tiende a formarse de manera continua pero especialmente en los procesos de socialización más básicos. Entre los modelos centrados en dimensiones del carácter destacan los que se centran en el concepto de “esquema”. Los esquemas serían sistemas estructurados y entrelazados que son los responsables del procesamiento de un estímulo percibido y su respuesta conductual asociada (Beck et al., 1995). Una definición muy descriptiva sería la dada por Segal (1998), como “elementos organizados a partir de experiencias y reacciones pasadas que forman un cuerpo relativamente compacto y persistente de conocimiento capaz de dirigir las percepciones y valoraciones posteriores”. Estos esquemas influirían en los procesos de valoración y podrían sesgarlos. La identificación de esquemas característicos para cada tipo de trastorno de personalidad ha sido un elemento fundamental en el abordaje cognitivo de los TTPP, aunque siempre con una intención más terapéutica que explicativa, siendo en la actualidad la “terapia de esquemas” de Young (1999), la que, con una visión no sólo cognitiva, más y mejor ha identificado esquemas relevantes en TTPP.

Frente a la diversidad de modelos teóricos derivados de las diversas

perspectivas que abordan la personalidad y sus trastornos, distintos autores han buscado modelos integradores (véase Escovar, 1997; Paris, 1996). La propuesta que mayor grado de integración alcanza y que mayor difusión tiene en la actualidad es el “modelo evolutivo” de Millon (1990), donde, además de incluir aspectos cognitivos, conductuales y biológicos, se incluyen también algunos derivados de perspectivas interpersonales (véase Kiesler, 1982; Benjamín, 1996) y psicodinámicas (véase Abraham, 1927; Kernberg, 1996). Este modelo parte de una versión previa, el modelo de “aprendizaje biosocial” (Millon, 1985), en la que Millon ya daba equiparable efecto sobre la personalidad a las variables biológicas como a las variables psicosociales, combinando esta propuesta teórica la “naturaleza del refuerzo” (positiva, negativa o ninguna) y la “fuente del refuerzo” (yo, otros, ambivalente o alineada) con la “conducta instrumental” (activa o pasiva). A partir de estas variables, se establece una taxonomía en el aprendizaje biosocial que combina la dimensión activo-pasivo con cuatro estilos: independiente, dependiente, ambivalente y desvinculado. El modelo actual de Millon, extrae, de las perspectivas psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica, ocho ámbitos de manifestación de la personalidad, que serían: mecanismos de defensa, representaciones objetales, autoimagen, estilo cognitivo, comportamiento interpersonal y estado de ánimo/temperamento. En un nivel previo a estas expresiones de personalidad se encontrarían las

polaridades que las estructuran, cuatro “esferas” o dimensiones, que serían: “placer-dolor”, “pasividad o acomodación al ambiente vs. actividad o modificación del ambiente”, “sí mismo-otros” y “alta vs. baja abstracción”.

TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL

Como Pretzer y Beck (2004) señalan, el tratamiento cognitivo-conductual de los TTPP es especialmente relevante debido, entre otras cosas, a que dichos trastornos están cada vez más definidos en términos cognitivo y conductuales, gran parte de los tratamientos con terapia cognitivo-conductual –TCC– se dan a pacientes con hasta un 50% de comorbilidad con alteraciones de personalidad (Turkat y Maiso, 1985), más presentes, por ejemplo, en pacientes crónicos depresivos (Prieto, Vera, Pérez y Ramírez, 2007). La eficacia de la intervención cognitivo conductual para los TTPP podría variar mucho entre los distintos trastornos, siendo más eficaz en el trastorno límite, en el trastorno por evitación y en el trastorno por dependencia y muy poco en el esquizoide, el antisocial y el narcisista (Caballo, 2001). De acuerdo a la revisión de Quiroga y Errasti (2001), son la terapia conductual clásica y la terapia dialéctica cognitivo-conductual –TDC– de Linehan (1993a) para el trastorno límite de la personalidad, las únicas que cuentan con suficientes avales empíricos para mostrarse como probablemente eficaces. Es por ello que a conti-

nuación se plantean los principios y fases de la TDC, por ser la que ha mostrado ciertos avales empíricos, y también la terapia de esquemas (Young, 1999; Young, Klosk y Weishaar, 2003), por encontrarse en un amplio desarrollo, no presentándose nada sobre la terapia conductual clásica al darse por conocidos sus principios.

Terapia Dialéctica Conductual

La TDC se desarrolla como tratamiento para el trastorno límite de la personalidad –TLP– con tendencia suicida y autolítica. El TLP se plantea como trastorno en el que se alteran las capacidades de autorregulación de la emoción, la conducta, la cognición y las relaciones interpersonales. Esta alteración en la regulación se daría, de acuerdo al modelo biosocial, como fruto de la vulnerabilidad emocional innata y un entorno infantil invalidante (Linehan, 1993a).

La TDC se basa especialmente en los principios del aprendizaje, tanto del condicionamiento clásico como del condicionamiento operante, dejando la cognición en un segundo plano al considerarla una conducta más (Stanley y Brodsky, 2007). Ahora bien, a estos principios, Linehan añade una orientación “mindfulness” y un abordaje dialéctico. Con la orientación “mindfulness” se busca asumir las conductas desadaptativas actuales (p.ej., autolisis) como las mejores posibles hasta el momento sin que por ello se abandone la necesidad de cambiarlas. Esta orientación, con una fuerte raíz en la filosofía

oriental zen (Ro-bins, 2002), favorecería un abordaje dialéctico en la reestructuración cognitiva que estaría más orientado a añadir nuevas estrategias que a cambiar las actuales, lo que abordaría también el pensamiento polarizado característico del TLP. De hecho, el abordaje dialéctico se define por intentar unir opuestos, es decir dicotomías, fundamento a partir del cuál se generan tres suposiciones para la terapia: los pacientes colaboran de la mejor manera posible; los pacientes pueden no haber causado todos sus propios problemas y haber intentado solucionarlos; y, los pacientes no pueden fallar, es el tratamiento el que fracasa.

Con estos presupuestos, la TDC se organiza en cuatro fases diferentes (Linehan, 1993b), que a su vez incluyen distintos módulos. La estructura general sería la siguiente:

- Fase I: “Mindfulness”.
 - Centrarse en el momento.
 - Conciencia sin crítica.

- Fase II: Tolerancia al “dolor”:
 - Estrategias para sobrevivir a las crisis.
 - Aceptación radical de la realidad.

- Fase III: Regulación emocional.
 - Observar e identificar estados emocionales.
 - Validar y aceptar las propias emociones.
 - Reducir la vulnerabilidad a las emociones negativas.
 - Aumentar la experiencia de las emociones positivas.

- Fase IV: Efectividad personal
 - Entrenamiento en asertividad.
 - Reestructuración cognitiva
 - Equilibrio entre los objetivos y el mantenimiento de las relaciones y la autoestima.

Es interesante recalcar los objetivos terapéuticos que se marcan en la primera fase, por su condición de jerarquizados, y que obligan en un primer lugar a reducir las conductas parasuicidas, en segundo lugar, a reducir las conductas que interfieren en la terapia, y, en tercer lugar, a reducir las conductas que interfieren en la calidad de vida (Stanley y Brodsky, 2007). Hay que tener en cuenta estos objetivos eliminando la crítica y centrándose en el momento actual.

En relación al objetivo del presente trabajo es interesante recalcar los procesos objetivo en la fase III de regulación emocional. En esta fase, la respuesta emocional y su vulnerabilidad se regula centrándose en procesos biológicos, cognitivos y conductuales. Para los procesos biológicos se incluyen habilidades específicas como las habilidades denominadas “PLEASE”, que se centran en la optimización del ámbito físico, alimentario, del consumo de drogas, de los patrones de sueño y del ejercicio físico. Para los procesos cognitivos implicados en la respuesta emocional se incluyen la actuación sobre procesos atencionales y de valoración, así como de autoconocimiento o metacognitivos. Una revisión exhaustiva y reciente sobre la regulación emocional en el TDC y sus fundamentos se

puede encontrar en Linehan, Bohus y Lynch (2007).

La TDC se examinó inicialmente en un estudio clínico controlado con muestra seleccionada al azar (Linehan et al., 1991; Linehan, Heard y Armstrong, 1993; Linehan et al., 1994; Shearin y Linehan, 1994). Los resultados muestran, tras tratamiento de un año comparado con tratamiento habitual, efectos significativos y positivos clínicamente en tres áreas relevantes: conducta suicida y automutilación; permanencia en el tratamiento y cantidad de tratamiento hospitalario.

Terapia de Esquemas

La terapia de esquemas tiene bastante en común con la TDC, y aunque en un primer momento pueda no parecerlo, ambas coinciden en aspectos fundamentales como el equilibrio entre la aceptación y la confrontación (Klosko y Young, 2004). La terapia integra distintas técnicas cognitivo-conductuales en un único cuerpo metodológico, además de incluir técnicas más novedosas provenientes de otros enfoques similares, y partiendo de un análisis causal de las creencias y distorsiones cognitivas del paciente (Valenzuela y Caballo, 2001). Surge en respuesta a las limitaciones de la terapia cognitiva clásica para los trastornos de personalidad (Beck y Freeman, 1990) si bien es cierto que basa en la terapia cognitiva de Beck para la depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979).

El modelo reformulado de Beck para la personalidad la entiende como patrones específicos de procesos sociales, motivacionales, cognitivos y emocionales, que vienen determinados por estructuras idiosincrásicas que pueden ser definidas como esquemas y que pueden ser representados mediante creencias nucleares (Alford y Beck, 1997).

La terapia de esquemas trata esos temas y creencias centrales de los pacientes con trastornos de personalidad, denominando a dichos temas como “esquemas desadaptativos tempranos”, que son el concepto del que parte la terapia. De acuerdo a Young y Klosko (2007), el esquema desadaptativo temprano se entiende como “... un patrón compuesto de memorias, emociones, cogniciones y sensaciones corporales en relación con uno mismo, y las relaciones de uno con otras personas, que se desarrollan durante la infancia o la adolescencia, elaboradas durante la vida del individuo y disfuncionales en grado significativo”. Estos esquemas tendrían su origen en la interacción entre unas necesidades emocionales centrales no satisfechas en la infancia y las características temperamentales, es decir biológicas e innatas, del niño, siendo cinco las necesidades emocionales que se plantean como centrales: los afectos seguros con otras personas; la autonomía, competencia y sentido de identidad; la libertad para expresar necesidades y emociones válidas; la espontaneidad y el juego; y, los límites realistas y el autocontrol.

Los esquemas de desadaptación temprana que se señalan son también cinco, aunque tendría distintos dominios asociados, lo que llevaría a un total de dieciocho los esquemas específicos identificados en esta terapia. Los cinco básicos se denominarían según los siguientes epígrafes: 1) desconexión temprana y rechazo; 2) trastornos de autonomía y de rendimiento; 3) límites alterados; 4) ser dirigido por otros; y 5) hipervigilancia e inhibición. Una descripción detallada de los esquemas en castellano se puede encontrar en Young y Klosko (2007).

Hay que señalar que la terapia distingue entre el esquema desadaptativo y la estrategia que se utiliza para afrontar dicho esquema. Así, las estrategias de afrontamiento pueden ser variadas para un mismo esquema y también pueden variar a lo largo del tiempo, comenzando a afrontarse el esquema con un tipo de conductas y variando después a otras. Finalmente la terapia de esquemas señala tres estilos básicos de afrontamiento desadaptativo de los esquemas, que ya por sí mismos son desadaptativos, y que serían la rendición al esquema, la evitación de ese esquema y su activación y la sobrecompensación de ese esquema. La combinación de un esquema y un estilo de afrontamiento en un momento dado es lo que esta terapia denomina "modo". Ejemplos de modos, o de respuestas específicas de afrontamiento en relación a esquemas desadaptativos se puede encontrar en Young y Klosko (2007).

En la terapia de esquemas el psicólogo buscará, desde la empatía, cambiar esos modos generando estilos de afrontamiento para los esquemas correspondientes que sean adaptativos y no incluyan la rendición, evitación o sobrecompensación.

La terapia de esquemas viene, por tanto, a estructurar creencias y estilos de afrontamiento que se basarán en emociones, autocogniciones y aprendizajes desadaptativos. En la actualidad la terapia de esquemas tiene una amplia difusión, y se ha encontrado gran fiabilidad y consistencia interna para los esquemas identificados en la misma (veáse Schmidt et al., 1995), y aunque faltan datos sobre su eficacia, algunos estudios (Young y Klosko, 2007) muestran ya una mayor efectividad en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, con tasas de abandono más bajas, que otras terapias, por ejemplo, de corte psicodinámico. En definitiva, la terapia de esquemas se puede considerar la evolución y crecimiento de la terapia cognitiva para los trastornos de personalidad.

PROCESOS BÁSICOS EN TTPP, MODELOS Y TERAPIAS COGNITIVO CONDUCTUALES

Identificar los componentes básicos de los procesos cognitivos, de aprendizaje, motivacionales y emocionales en los TTPP puede ser especialmente relevante, más aun si se busca el papel que juegan dentro de los modelos teóricos y de las terapias cognitivo conductuales. Identificar dichos procesos permitirá

definir elementos centrales en el proceso terapéutico, dándoles una entidad propia en la terapia. Así se revisa la literatura sobre determinados procesos: atención y percepción, aprendizaje, memoria, emoción y motivación.

Percepción. Procesos básicos como la atención y la percepción no parecen haber gozado de excesivo protagonismo en la investigación sobre los TTPP, ni en los modelos explicativos y los abordajes terapéuticos revisados. Escasos estudios han investigado los procesos perceptivos aunque los resultados de trabajos como el de Bohus et al. (2000) muestran, por ejemplo, variaciones significativas en los umbrales de percepción del dolor en pacientes con trastorno límite de personalidad, aumentando el umbral en situaciones de estrés hasta conseguir niveles importantes de analgesia en conductas autolíticas, disminuyendo significativamente dicho umbral en ausencia de estresores. También en pacientes con trastorno límite de personalidad la percepción del tiempo parece estar alterada, aumentando la sensación subjetiva de rapidez (Berlin y Rolls, 2004). En el trastorno de personalidad esquizotípica se han encontrado déficit en la percepción visual y el procesamiento de dicha información, en comparación con las capacidades mostradas por pacientes esquizofrénicos (Farmer, O'Donnell, Niznikiewicz, Voglmaier, McCarley y Shenton, 2000). También ha sido investigada la percepción de conductas de interacción o interpersonales pero, por ejemplo, no se han

encontrado diferencias de acuerdo a TTPP en la percepción e identificación de la agresividad, entendida como reacción violenta (Muro, Tomás, Moreno y Rubio, 2002).

Atención. Se han encontrado dificultades en la integración sensorial en pacientes con personalidad esquizotípica (Cadenhead, Light, Geyer y Braff, 2000), pero es también en el trastorno límite de la personalidad donde las alteraciones atencionales se han visto vinculadas en mayor medida a las alteraciones de personalidad, identificando algunos trabajos relaciones significativas entre historia de trastorno de déficit atencional y la presencia del trastorno límite de la personalidad (véase Flory et al., 2007; Fossati, Novella, Donati, Donini y Maffei, 2002). De manera más precisa, autores como Sieswerda y su equipo ya han señalado la relevancia que la atención puede tener en los trastornos de personalidad en general, aunque especialmente en el trastorno límite, y también en los procesos terapéuticos (Arntz, Apples y Sieswerda, 2000; Sieswerda, Arntz, Mertens y Vertoment, 2007). Este grupo ha investigado la atención selectiva con el paradigma del stroop emocional encontrando mayores niveles de hipervigilancia y sesgos atencionales a estímulos amenazantes en pacientes con trastorno límite de personalidad, hipervigilancia que a su vez se reducía significativamente en aquellos pacientes límite que alcanzaban éxito terapéutico (Sieswerda, Arntz y Kindt, 2007). Además, la atención aparece explícitamente señalada

como parte del proceso terapéutico en la fase III de la TDC, donde se favorece el despliegue atencional (Linehan, Bohus y Lynch, 2007).

Aprendizaje y memoria. Los procesos de aprendizaje por condicionamiento clásico y por condicionamiento operante están claramente asumidos en los modelos explicativos más relevantes de los TTPP, incluso en los más temperamentales o biológicos, como el de Cloninger, y por supuesto, en los que destacan el papel de la socialización, como el de Millon. Es interesante destacar que en el modelo de los siete factores de Cloninger, el temperamento está asociado a un aprendizaje asociativo/procedimental y el carácter a un aprendizaje reflexivo, que por tanto, incluyen la memoria (Heim y Westen, 2007). Así, en el temperamento, una de sus dimensiones es la “dependencia de la recompensa”, es decir, del refuerzo, y otra es la “evitación del daño”, claramente vinculada al concepto de refuerzo negativo. Obviamente, el modelo del aprendizaje biosocial de Millon da especial protagonismo al refuerzo, tanto en lo referente a su naturaleza, como a la fuente del mismo, así como a la conducta instrumental, que es lo que acaban formando sus tres polaridades iniciales. También en el abordaje terapéutico revisado los procesos de aprendizaje y los procesos de memoria se vuelven fundamentales, siendo especialmente relevantes los principios del condicionamiento clásico y operante en la TDC de Linehan y asumiéndose como fundamentales el funcionamiento de la memoria y sus

distintas estructuras en la terapia de esquemas de Young.

De manera más específica, el condicionamiento clásico se está utilizando en la identificación de posibles déficit asociativos en la psicopatía y personalidad antisocial, encontrándose especialmente limitaciones en estos sujetos para anticipar eventos aversivos (Birbaumer et al., 2005; Flor, Birbaumer, Hermann, Ziegler y Patrick, 2002). En esta población, se asume que además de las dificultades de asociación, se darían dificultades de memoria en la recuperación de información emocional dañina, centrándose la investigación en la actividad en el circuito sistema límbico-cortex prefrontal (Dolan y Fullam, 2005).

La memoria operativa es objeto de estudio especialmente en el contexto de la personalidad esquizotípica donde parece darse con evidencia un peor rendimiento en el procesamiento de información visual y auditiva, con claros déficit de memoria episódica (Farmer et al., 2000; McClure, Romero, Bowie, Reichenberg, harvey y Siever, 2007; Mitropoulou, Harvey, Zegarelli, New, Silverman y Siever, 2005). También en el trastorno límite de la personalidad se ha estudiado el funcionamiento de la memoria operativa encontrándose de nuevo peor funcionamiento de la misma en la velocidad de procesar información sensorial (Stevens, Burkhardt, Hautzinger, Schwarz y Unckel, 2004). En este mismo trastorno la memoria autobiográfica ha sido también objeto de estudio encontrando algunos trabajos ciertos

déficit en la activación de áreas involucradas en la memoria autobiográfica que sugieren una tendencia al modo autoreferencial en el procesamiento de la información (Schnell, Dietrich, Schnitker, Daumann, Herpertz, 2007), aunque es preciso señalar otros trabajos que muestran la ausencia de diferencias entre grupo control y pacientes límite en el uso de memoria autoreferencial en el procesamiento de ítems con contenido emocional (Minzenberg, Fisher-Irving, Poole, Vinogradov, 2006). Contenidos traumáticos serán bien recordados en pacientes límites (Kremers et al., 2007), aunque la presencia de síntomas depresivos sí favorecería errores en la memoria episódica (Kremers, Spinhoven y Van der Does, 2004).

Emoción e impulsividad. Los procesos emocionales son altamente relevantes en los TTPP, siendo el ámbito afectivo uno de los cuatro en los que se basarán los criterios diagnósticos para cualquier TTPP. De igual modo, las respuestas emocionales no sólo van a estar describiendo y categorizando los distintos TTPP sino que también van a ser elementos fundamentales en los procesos terapéuticos, especialmente en la TDC en la que una fase del tratamiento está plenamente centrada en la regulación de la respuesta emocional, siendo éste el objetivo fundamental de la terapia para algunos autores (García Palacios, 2006). Algo similar es lo que ocurre en la terapia de esquemas, en la que necesidades emocionales no resueltas están en el origen del problema, y en la que las estrategias de afrontamiento a des-

arrollar buscan también regular la respuesta emocional. En los modelos explicativos revisados, sin embargo, no se da explícitamente relevancia a los procesos emocionales, como por ejemplo, la autorregulación de las respuestas emocionales, a pesar del claro valor que dichos procesos tienen en el ámbito terapéutico y de la relevancia de las respuestas emocionales en la descripción, categorización y diagnóstico de los TTPP y en la conceptualización dimensional de los mismos. De manera implícita, sin embargo, sí tienen presencia los procesos emocionales tanto en el modelo de Millon como en el de Coninger, al incluir ambos una dimensión como es la “búsqueda de sensaciones”, que para Millon representa una polaridad de naturaleza afectiva “placer-dolor”, y que para Coninger incluye variables motivacionales, como la exploración, así como la impulsividad.

La impulsividad es probablemente uno de los elementos emocionales/motivacionales que transversalmente más relevancia ha tenido en el abordaje cognitivo-conductual de los TTPP, siendo una variable fundamental en el trastorno límite de la personalidad. El vínculo entre respuestas emocionales e impulsividad es muy alto en los TTPP. La impulsividad es una variable que, por dificultar el control de la regulación emocional y conductual, juega un rol importante en el desarrollo de distintas alteraciones psicológicas, de entre las cuáles podrían destacarse las adicciones, el trastorno bipolar, los trastornos de control de impulsos, y, especialmente el cluster B de los

TTPP. La delimitación conceptual de la impulsividad no es fácil, aunque en su definición, delimitación y comprensión se suelen incluir conceptos como la desinhibición conceptual y la agresividad, el papel de los procesos de habituación y extinción a los refuerzos y castigos, así como las bases biológicas subyacentes. Revisiones al respecto se pueden encontrar en García Marco (2004) y Arranz, García Blanco y Ros Montalbán (2004). A pesar de ello, se puede asumir un vínculo claro entre impulsividad y desinhibición conductual, así como un vínculo con una mayor dependencia del refuerzo más intenso e inmediato, lo que daría a la emoción un mayor peso frente a la "razón" sobre la conducta posterior (Pérez Nieto, Redondo, Sánchez Burón y Fernández, 2007).

Es en el trastorno límite de la personalidad donde más se ha estudiado la desregulación emocional y la impulsividad. En relación a la desregulación emocional, se han aportado datos sobre la existencia de un substrato neural específico frontolímbico asociado al descontrol emocional y conductual (Silbersweig et al., 2007; Williams, Sidis, Gordon y Meares, 2006), aunque en el contexto de las aproximaciones más biológicas, también desde la "teoría polivagal" (Porges, 1995) se explica la desregulación emocional (Austin, Riniolo y Porges, 2007). Hay que decir, sin embargo, que cuando se somete a examen la desregulación emocional en pacientes límites, variables como la tolerancia al distress pueden modificar claramente el alcance de la desregulación, mayor cuanto más

distress (Gratz, Rosenthal, Tull, Legues y Gunderson, 2006).

La impulsividad es característica de los trastornos de personalidad del grupo B, pero también se pueden encontrar respuestas impulsivas clínicamente relevantes en el grupo A y C de los TTPP, y de hecho, el trastorno de control de impulsos y los TTPP compartieron categorización hasta el DSM-III (Szerman, 2004), llegándose a plantear en los años ochenta un "trastorno multimpulsivo de la personalidad" (Lacey y Evans, 1986). A pesar de ello, es en el grupo B donde la impulsividad es una variable fundamental presentándose, incluso, como la variable que podría explicar el alto grado de covariación que presentan los trastornos que componen dicho grupo (Fossati, Barratt, Borrón, Villa, Grazioli, Maffei, 2007). Incluso la impulsividad es un de los elementos que parece explicar también la asociación entre los trastornos del grupo B y el abuso de sustancias (Casillas y Clark, 2002), presentándose la impulsividad y el abuso de sustancias como una dimensión en sí misma con capacidad explicativa para los TTPP (Besteiro, Lemos, Muñiz, García y Álvarez, 2007). Aun así, aunque la relación entre trastornos del grupo B y abuso de sustancias mediando la impulsividad está asumida, la naturaleza multidimensional de la impulsividad obliga a ahondar en sus matices y algunos trabajos señalan el importante papel que en esta variable y en este contexto tiene la emocionalidad negativa, potenciando sus consecuencias (Bornovalova, Legues, Daughters, Rosenthal y Lynch,

2005). De igual manera, la relación entre trastornos del grupo B, como el antisocial o el límite, y la violencia, se presentan claramente vinculados al rol de la impulsividad (véase Komarovskaya, Lopez y Warren, 2007; Retz, Retz-Junginger, Supprian, Thome y Rosler, 2004), siendo en muchos casos la inestabilidad afectiva y determinadas respuestas emocionales las que favorecen la desinhibición de dichas conductas. La labialidad emocional y la impulsividad comunes al trastorno límite y al bipolar (Henry, Mitropoulou, New, Koenigsberg, Silverman, Siever, 2001) muestran la importancia de la regulación de determinadas respuestas emocionales.

Las respuestas emocionales, como tal, que más aparecen en los trastornos de personalidad son la ira, el miedo/ansiedad y la tristeza. Sin embargo, hablar de la ansiedad y la depresión en este contexto implica habitualmente hablar de cuadros clínicos que no sólo incluyen una respuesta emocional, sino también varias respuestas emocionales (como la ira y la tristeza en el episodio depresivo), un curso y conductas asociadas, por lo que, unido al hecho de que sobrepasaría el objetivo del trabajo, no se incluyen en la revisión. En relación a respuestas emocionales básicas, ha habido intentos de integrar en torno a la ira y el miedo el amplio espectro afectivo y conductual de los trastornos de personalidad (Lara, Pinto, Akiskal, Akiskal, 2006), así como vincular la teoría de las emociones discretas a los síntomas del trastorno límite, haciendo especial hincapié también

en la ira y el miedo (Magai y Hunziker, 1998). Sin embargo, hay que decir que, si bien el diagnóstico de cualquier trastorno de personalidad suele hacer referencia a alguna respuesta emocional específica, la posibilidad de que la misma sea objeto de estudio como variable sobre la que se estructure el trastorno es escasa, siendo los procesos de autorregulación de la misma los que sí obtienen ese papel relevante.

Contenidos cognitivos, valoración y afrontamiento. Los contenidos cognitivos y los procesos de afrontamiento gozan de protagonismo tanto en los modelos explicativos como en las terapias cognitivo conductuales revisadas. En el modelo de los siete factores de Cloninger se incluyen la autodirección y la autotranscendencia como dimensiones que formarían el dominio del carácter. Millon incluye también los procesos de abstracción como una “esfera” más de sus estilos de personalidad, además de implícitamente hacer referencia a los procesos de afrontamiento en su dimensión activo-pasivo. En estos procesos cognitivos hay también concordancia a nivel terapéutico de manera que, especialmente la terapia de esquemas, claramente asume la relevancia de los contenidos cognitivos, llegando a “definirlos” según trastornos a partir de creencias prototípicas para esquemas. Esta terapia incluye también referencias específicas al afrontamiento, señalando tres estilos específicos para el desarrollo de TTPP. También para la reestructuración se usaría los procesos de valoración en esta terapia. En la TDC, son los procesos de valora-

ción los que aparecen explícitamente señalados como parte del proceso terapéutico en la fase III, favoreciendo la revaloración situacional (Linehan, Bohus y Lynch, 2007), además de dar una especial importancia a la regulación emocional como proceso de afrontamiento emocional, y de iniciar el tratamiento por la aceptación como clara estrategia de afrontamiento.

DISCUSIÓN

Son, por tanto, estos procesos cognitivos de valoración, afrontamiento y las creencias y contenidos cognitivos aquellos sobre los que en mayor medida se apoya el abordaje cognitivo-conductual de los TTPP, aunque siempre dando especial importancia a los contenidos, siendo fácil encontrar trabajos que identifican las creencias asociadas a los trastornos (véase, Arntz, Dressen, Schouten, Weertman, 2004; Jones, Burell-Hodgson y Tate, 2007). Sin embargo, los modelos y terapias más relevantes en el contexto cognitivo-conductual revelan la importancia de la formación de esas creencias, estilos, modos, etc., que podrían ser la punta del iceberg, prestándose, sin embargo, menor atención a los procesos implicados en su formación y mantenimiento. Así, se incluyen variables vinculadas al procesamiento metacognitivo, como son la autodirección de Cloninger, o la identificación de los propios esquemas, pero no hay un cuerpo teórico sobre estos procesos aplicado a los trastornos a pesar de existir ya

para trastornos de ansiedad (véase Wells, 2000). Las creencias metacognitivas pueden tener un efecto en el uso de determinadas estrategias de control cognitivo y en la impulsividad (Pérez Nieto, Redondo y Martín, 2005; Pérez Nieto et al., 2007), aspectos, a su vez, fundamentales para la regulación emocional, donde sí parece existir una mayor profundización. La regulación emocional se presenta como muy relevante a nivel terapéutico, tanto en la terapia de esquemas, como especialmente en la TDC, que ocupa una amplia parte de la terapia y donde se parte además del manejo de los procesos atencionales, de valoración, activación, etc implicados en la aparición de la respuesta emocional (Linehan, Bohus y Lynch, 2007).

Una vez que parece asumida la limitación de los modelos categoriales frente a los dimensionales en los TTPP, que se plantea un abordaje de los mismos desde modelos dinámicos no lineales que asuman los continuos procesos de interacción a lo largo del tiempo (véase Bornas y García de la Banda, 2001); y que las terapias más prometedoras se centran en los procesos emocionales, motivacionales y conductuales para alcanzar el éxito terapéutico, puede ser el momento de que la aproximación dimensional se apoye en los procesos más básicos. La complejidad de los TTPP y la escasa eficacia de las terapias para los mismos podrían verse contrarrestada por la identificación de los procesos más relevantes y el desarrollo de estrategias específicas para su regulación.

REFERENCIAS

- Abraham, K. (1927). The influence of oral erotism on character formation. En C.A.D. Bryan y A.Strachey (Eds.), *Selected papers on psychoanalysis*. London: Hogarth.
- Alford, B.A. y Beck, A.T. (1997). *The integrative power of cognitive therapy*. New York: Guilford Press
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Third Edition. (DSM-III)*. Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fourth Edition. Text revision (DSM-IV-TR)*. Washington, DC: APA
- Arntz A, Appels C, Sieswerda S (2000). Hypervigilance in borderline disorder: A test with the emotional Stroop paradigm. *Journal of Personality Disorders, 14*, 363-377.
- Arranz Estévez, F.J.; García Blanco, S. y Ros Montalbán, S. (2004). Modelos experimentales de investigación de la impulsividad. En S. Ros Montalbán, M.D. Peris Díaz y R. Gracia Marco (Eds.), *Impulsividad* (pp. 23-39). Barcelona: Ars Medica.
- Austin, MA, Riniolo, TC, Porges, SW (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation: Insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition, 65*, 69-76.
- Bagby, R.M., Costa, P.T., Widiger, T.A., Ryder, A.G., Marshall, M. (2005). DSM-IV personality disorders and the five-factor model of personality: a multi-method examination of domain and facet-level predictions. *European Journal of Personality, 19*, 307-324.
- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. London: Penguin Books.
- Beck, A.T. y Freeman, A. (1990). *Cognitive therapy of the personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A.T.; Freeman, A, Pretzer, J., Davis, D.D.Fleming, B., Ottaviani, R. et al. (1995). *Terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Beck, A.T., Rush, a.J., Shaw, B.F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy for depression*. New York: Guilford Press.
- Benjamin, L.S. (1996). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Berlin, H.A. y Rolls, E.T. (2004). Time perception, impulsivity, emotionality, and personality in self-harming borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders, 18*, 358-378.
- Besteiro, J., Lemos, S., Muñiz, J., García, E. y Álvarez, M. (2007). Dimensiones de los trastornos de personalidad en el MCMI-II. *Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 295-306.
- Bohus M, Limberger M, Ebner U, Glocker FX, Schwarz B, Wernz M, Lieb K (2000). Pain perception during self-reported distress and calmness in patients with borderline personality disorder and self-mutilating behavior. *Psychiatric Research, 95*, 251-260.
- Bornas, X. y García de la Banda, G. (2001) Trastornos de la personalidad: un enfoque desde la teoría del caos. *Psicología Conductual, 9*, 471-488.
- Bornovalova, MA, Legues, CW, Daughters, SB, Rosenthal, MZ, Lynch, TR (2005). Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clinical Psychology Review, 25*, 790-812.

- Caballo, V.E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de personalidad. *Psicología Conductual*, 9, 579-605.
- Caballo, V.E. (2004). Conceptos actuales sobre los trastornos de personalidad. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de los trastornos de personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp.25-56). Madrid: Síntesis.
- Cadenhead KS, Light GA, Geyer MA, Braff DL (2000). Sensory gating deficits assessed by the P50 event-related potential in subjects with schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 55-59.
- Casillas, A y Clark, L.A. (2002). Dependency, impulsivity and self-harm: traits hypothesized to underlie the association between cluster B personality and substance use disorders. *Journal of Personality Disorders*, 16, 424-436.
- Clark, L.A. (2005). Stability and change in personality pathology: revelations of three longitudinal studies. *Journal of Personality Disorders*, 19, 525-532.
- Clark, L.A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and emerging reconceptualization. *Annual Review of Psychology*, 58, 227-257.
- Cloninger, C.R. (1998). The genetics and psychobiology of the seven-factor model of personality. En K.R.Silk (Eds.), *Biology of personality disorders* (63-92). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C.R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorders: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14, 99-108.
- Cloninger, C.R. (2007). Genética. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 145-156). Barcelona: Elsevier Masson.
- Costa, P.T. y McCrae, R.R. (1985). *The NEO Personality Inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Dollan, M y Fullan, R. (2005). Memory for emotional events in violent offenders with antisocial personality disorder. *Personality and Individual Differences*, 38, 1657-1667.
- Escovar, L. (1997). The Millon inventories: Sociocultural considerations. En T. Millon (Ed.), *The Millon Inventories* (pp.264-285). New York: Guilford Press.
- Farabaugh, A., Fava, M., Mischoulon, D., Sklarsky, K., Petersen, T. et al. (2005). Relationships between major depressive disorder and comorbid anxiety and personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 266-271.
- Farmer CM, O'Donnell BF, Niznikiewicz MA, Voglmaier MM, McCarley RW, Shenton ME (2000). Visual perception and working memory in schizotypal personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 781-786.
- Flory, JD, Newcorn, JH, Miller, C, Harty, S, Halperin, JM (2007). Serotonergic function in children with attention-deficit hyperactivity disorder - Relationship to later antisocial personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 190, 410-414.
- Fossati, A, Barratt, ES, Borroni, S, Villa, D, Grazioli, F, Maffei, C (2007). Impulsivity, aggressiveness and DSM-IV personality disorders. *Psychiatry Research*, 149, 157-167.
- Fossati A, Novella L, Donati D, Donini M, Maffei C (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: A controlled study. *Comprehensive Psychiatry*, 43, 367-377.
- Furnam, A. y Crump, J. (2005). Personality traits, types, and disorders: an examination of the relationship between three self-report measures. *European Journal of Personality*, 19, 167-184.

- García Marco, R. (2004). Nosología de la impulsividad. En S. Ros Montalbán, M.D. Peris Díaz y R. Gracia Marco (Eds.), *Impulsividad* (pp. 15-22). Barcelona: Ars Medica.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctica comportamental. *Edupykhé*, 5, 255-272.
- Gratz, KL, Rosenthal, MZ, Tull, MT, Lejuez, CW, Gunderson, JG (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Heim, A. y Westen, D. (2007). Teorías de la personalidad y trastornos de la personalidad. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 17-36). Barcelona: Elsevier Masson.
- Henry, C, Mitropoulou, V., New AS, Koenigsberg, HW, Silverman, J, Siever, LJ (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of Psychiatric Research*, 35, 307-312.
- Kernberg, O.F. (1996). A psychoanalytic theory of personality disorders. En J.F. Clarkin, y M.F. Lenzenweger (Eds.), *Major theories on personality disorder* (pp.106-140). New York: Guilford Press.
- Klosko, J. y Young, J. (2004). Cognitive therapy of borderline personality disorder. En R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: theory, research and practice* (pp.269-299). New York: Guilford Press
- Komarovskaya, I, Loper, AB, Warren, J. (2007). The role of impulsivity in antisocial and violent behavior and personality disorders among incarcerated women. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 1499-1515.
- Kremers IP, Spinhoven P, Van der Does
- AJW (2004). Autobiographical memory in depressed and non-depressed patients with borderline personality disorder. *British Journal Of Clinical Psychology*, 43, 17-29
- Kremers, IP, Van Giezen, AE, Van der Does, AM, Van Dyck, R, Spinhoven, P (2007). Memory of childhood trauma before and after long-term psychological treatment of borderline personality disorder. *Journal Of Behavior Therapy And Experimental Psychiatry*, 38, 1-10
- Krueger, R.F. (2005). Continuity of Axes I and II: toward a unified model of personality disorders, and clinical disorders. *Journal of Personality Disorders*, 19, 233-261.
- Lacey, J.H. y Evans, C.D. (1986). The impulsivist: a multi impulsive personality disorder. *British Journal of Addiction*, 81, 641-649.
- Lara, DR, Pinto, O, Adiskal, K, Akiskal, HS (2006). Toward an integrative model of the spectrum of mood, behavioral and personality disorders based on fear and anger traits: I, clinical implications. *Journal of Affective Disorders*, 94, 67-87.
- Lewis, M.D. (2000). Emotional self-organization at three time scales. En M.D. Lewis e I. Granic (Eds.), *Emotion, development and self-organization: Dynamic systems approaches to emotional development* (pp. 37-69). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lineham, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press
- Linehan, M.M., Armstrong, H.E., Suarez, A. et al. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline

- patients. *Archives of General Psychiatry*, 48, 1060-1064.
- Linehan, M.M., Bohus, M., Lynch, T.R. (2007). Dialectical Behavior Therapy for pervasive emotion dysregulation. En J.J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 581-605). New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M., Heard, H.L., y Armstrong, H.E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 50, 971-975.
- Linehan, M.M., Tutek, D., Heard, H.L. et al. (1994). Interpersonal outcome of cognitive-behavioral treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 5, 1771-1776.
- Livesley, W.J. (2003). Diagnostic dilemmas in classifying personality disorder. En K.A. Phillips, M.B. First y H.A. Pincus (Eds.), *Advancing DSM: Dilemmas in psychiatric diagnosis* (pp. 153-190). Washington, DC: APA
- Lynam, D.R. y Widiger, T.A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 401-412.
- Magai, C y Hunziker, J. (1998). "To bedlam and part way back". Discrete emotions theory and borderline symptoms. En W.F. Flack y J.D. Laird (Eds.), *Emotions in Psychopathology* (pp.380-393). New York: Oxford Press
- McClure, MM, Romero, MJ, Bowie, CR, Reichenberg, A, Harvey, PD, Siever, LJ (2007). Visual-spatial learning and memory in schizotypal personality disorder: Continued evidence for the importance of working memory in the schizophrenia spectrum. *Archives Of Clinical Neuropsychology* 22, 109-116.
- Miller, J.D., Reynolds, SK y Pilkonis, P.A. (2004). The validity of the Five-Factor Model prototypes for personality disorders in two clinical samples. *Psychological Assessment*, 16, 310-322.
- Millon, T. (1985). *Personality disorders: a biosocial learning approach*. New York: Wiley
- Millon, T. (1990). *Toward a new personality: an evolutionary model*. New York: Wiley-Interscience.
- Millon, T. (2002). Assessment is not enough: the SPA should participate in constructing a comprehensive clinical science of personality. *Journal of Personality Assessment*, 78, 209-218.
- Mitropoulou V, Harvey PD, Zegarelli G, New AS, Silverman JM, Siever LJ (2005). Neuropsychological performance in schizotypal personality disorder: Importance of working memory. *American Journal Of Psychiatry* 162, 1896-1903.
- Morey, L.C. y Zanarini, M.D. (2000). Borderline personality: traits and disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 733-737.
- Muro C, Tomas C, Moreno L, Rubio V (2002). Perception of aggression, personality disorders and psychiatric morbidity in nursing students. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 118-120.
- Minzenberg MJ, Fisher-Irving M, Poole JH, Vinogradov S (2006). Reduced self-referential source memory performance is associated with interpersonal dysfunction in borderline personality disorder. *Journal Of Personality Disorders*, 20, 42-54
- O'Connor, B.P. (2002). The search for dimensional structure differences between normality and abnormality: a statistical review of published data on personality and psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 962-982.

- O'Connor, B.P. (2005). A search of consensus on the dimensional structure of personality disorders. *Journal of Clinical Psychology, 61*, 323-345.
- Olivencia, J.J. y Cangas, A.J. (2002). Trastornos de personalidad. En A.J. Cangas, A.L. Maldonado y M. López (Eds.), *Manual de psicología clínica y general: vol. II Psicopatología* (pp.133-169). Granada: Alborán
- Paris, J. (1996). *Social factors in the personality disorders*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pérez Nieto, M.A.; Redondo, M.M. y Martín, M. (2005). Relaciones entre metacognición y control cognitivo e implicaciones en el ámbito de la psicopatología. *Edupsykhé, 4*, 233-250.
- Pérez Nieto, M.A., Redondo, M.M., Sánchez Burón, A. y Fernández, P. (En prensa). Implicaciones de la impulsividad y las creencias metacognitivas en el uso de estrategias de control cognitivo. En I. Etxebarria, A. Aritzeta, E. Barberá, M. Chóliz, M. P. Jiménez, F. Martínez, P. M. Mateos y D. Páez (Eds.), *Emoción y motivación: Contribuciones actuales (Vol. II)*. Madrid: Asociación de Motivación y Emoción
- Porges, S. (1995). Orienting in a defensive world: mammalian modifications of our evolutionary heritage. A Polyvagal theory. *Psychophysiology, 32*, 301-318
- Pretzer, J. y Beck, J.S. (2004). Cognitive therapy of personality disorders: twenty years of progress. En R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy: Theory, research and practice* (pp.299-318). New York: Guilford Press.
- Prieto, M, Vera, M.N., Pérez Marfil, MN, Ramírez, I. (2007). Cronicidad de los trastornos del estado de ánimo: relaciones con actitudes cognitivas disfuncionales y con alteraciones de la personalidad. *Clínica y Salud, 18*, 203-219.
- Quiroga Romero, E. y Errasti Pérez, J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema, 13*, 393-406.
- Retz, W, Retz-Jnginger, P, Supprian, T., Thome, J. Rosler, M. (2004). Association of serotonin transporter promoter gene polymorphism with violence: relation with personality disorders, impulsivity and childhood ADHD psychopathology. *Behavioral Sciences and The Law, 22*, 415-425.
- Robins, C.J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive Behavioral Practice, 9*, 50-57.
- Saulsman, L.M. y Page, A.C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 23*, 1055-1085.
- Schmidt, N.B., Joiner, T.E., Young, J.E. et al. (1995). The Schema Questionnaire: investigation of psychometric properties and the hierarchical structure of a measure of maladaptive schemata. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 295-321.
- Schnell, K, Dietrich, T, Schnitker, R, Daumann, J, Herpertz, SC (2007). Processing of autobiographical memory retrieval cues in borderline personality disorder. *Journal Of Affective Disorders, 97*, 253-259.
- Segal, Z. (1988). Appraisal of the self schema: construct in cognitive models of depression. *Psychological Bulletin, 103*, 147-162.
- Sherin, E.N., Linehan, M.M. (1992). Patient-therapist ratings and relationship to progress in dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Therapy, 23*, 730-741.

- Sieswerda, S., Arntz, A. y Kindt, M. (2007). Successful psychotherapy reduces hypervigilance in borderline personality disorder. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy*, 35, 387-402.
- Sieswerda, S., Arntz, A., Mertens, I. y Vertommen, S. (2007). Hypervigilance in patients with borderline personality disorder: Specificity, automaticity, and predictors. *Behavior Research and Therapy*, 45, 1011-1024.
- Silbersweig, D, Clarkin, JF, Goldstein, M, Kernberg, OF, Tuescher, O, Levy, KN (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 164, 1832-1841
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Shea, M.T., McGlashan, T.H., Morey, L.C. et al. (2005). The collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS). *Journal of Personality Disorders*, 19, 487-504.
- Stanley, B. y Brodsky, B.S. (2007). Terapia dialéctica conductual. . En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 309-322). Barcelona: Elsevier Masson.
- Stevens A, Burkhardt M, Hautzinger M, Schwarz J, Unckel C (2004). Borderline personality disorder: impaired visual perception and working memory. *Psychiatric Research*, 125, 257-267.
- Svrakic, D.M., Draganic, S., Hill, K. et al. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic and treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 189-195.
- Szerman, N. (2004). Impulsividad y trastornos de personalidad. En S. Ros Montalbán, M.D. Peris Díaz y R. Gracia Marco (Eds.), *Impulsividad* (pp. 101-119). Barcelona: Ars Medica.
- Trull, T.J. y Durrett, C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 355-380.
- Trull, T.J., Widiger, T.A., Lynam, D.R. et al. (2003). Borderline personality disorder from the perspective of general personality functioning. *Journal of Abnormal Psychology*, 112, 193-202.
- Turkat, I.D. y Maisto, S.A. (1985). Personality disorders: Application of the experimental method to the formulation and modification of personality disorders. En D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step by step treatment manual*. New York: Guilford Press.
- Tyrer, P., Coombs, N., Ibrahimi, F., Mathilakath, A., Bajaj, P., et al. (2007). Critical developments in the assessment of personality disorder. *British Journal of Psychiatry, Suppl.* 49, 51-59.
- Valenzuela, J. y Caballo, V.E. (2001). La terapia de esquemas, de Young. En V.E. Caballo (Ed.), *Manual de los trastornos de personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 463-481). Madrid: Síntesis.
- Wells, A. (2000). *Emotional Disorders & Metacognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester: Wiley.
- Widiger, T.A. y Costa, P.T. (2002). Five factor model personality disorder research. En P.T. Costa y Widiger, T.A. (Eds.), *Personality disorders and the Five Factor Model of Personality, 2nd Edition* (pp.59-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A. y Mullins-Sweatt, M.A. (2007). Modelos categoriales y dimensionales de los trastornos de personalidad. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 37-55). Barcelona: Elsevier Masson.

Widiger, T.A. y Samuel, D.B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders –Fifth Edition*. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 494-504.

Williams LM, Sidis A, Gordon E, Mearns RA (2006). "Missing links" in borderline personality disorder: loss of neural synchrony relates to lack of emotion regulation and impulse control. *Journal Of Psychiatry & Neuroscience*, 31, 181-188

Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders*. Sarasota, FL: Professional Resources Press.

Young, J.E., Klosko, J.S. y Weishaar, M.E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York: Guilford Press.

Young, J.E. y Klosko, J. (2007). Terapia de esquemas. En J.M. Oldham, A.E. Skodol y D.S. Bender (Eds.), *Tratado de los trastornos de la personalidad* (pp. 289-308). Barcelona: Elsevier Masson.