



Análisis funcional y tratamiento de un paciente con graves problemas de conducta diagnosticado de trastorno límite de la personalidad

Javier Virués Ortega¹ (*Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil del Complejo Hospitalario de Jaén, España*)

(Recibido 21 abril 2003/ Received April 21, 2003)

(Aceptado 2 julio 2003 / Accepted July 2, 2003)

RESUMEN. Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de trastorno límite de personalidad institucionalizado en una comunidad terapéutica hospitalaria con una historia psiquiátrica prolongada y múltiples problemas de comportamiento asociados. Por motivos de eficiencia y ajuste del tratamiento al paciente se aplica un análisis funcional exhaustivo de las conductas-problema. Se usan tres fuentes de información: los registros de enfermería, rejilla de observación y entrevista conductual. Las dos primeras fuentes permitieron apoyar el análisis funcional con probabilidades condicionales. La intervención consideró el control de consumo de estimulantes, aumento de actividades de ocio, aumento de comportamientos de autocuidado y reducción de conductas-problema mediante economía de fichas y control de contingencias. Estas medidas fueron implementadas en un contrato conductual. Durante los dos meses de vigencia del tratamiento se observó una dramática reducción de todos los comportamientos problema, así como de otras conductas que no fueron objeto directo de intervención. Se discute el uso de esta metodología en trastornos de personalidad y otros trastornos graves como nuevas áreas de aplicación de la psicología conductual.

PALABRAS CLAVE. Análisis funcional. Trastorno límite de la personalidad. Comunidad terapéutica. Experimento de caso único.

¹ Correspondencia: Unidad de Salud Mental Infantil y Juvenil. Complejo Hospitalario de Jaén. Ctra. Madrid, s/n. 23009 Jaén. E-Mail: javier_virues@hotmail.com

ABSTRACT. A case of Borderline Personality Disorder inpatient in a Therapeutic Community setting is presented. The patient undergoes a long psychiatric story and many behavioural disturbances associated. The needs of an individual and efficient intervention determine the Functional Analysis use. Three sorts of information were obtained in the assessment: nursing records, observational record and behavioural interview. This data allow the support of the Functional Analysis with conditional probability tests. Stimulants abuse reducing, leisure increasing, self care behaviors increasing and behaviors disturbances reducing were the variables considered in the intervention. Token economy and contingency management procedures were arranged in a behavioural contract. Dramatic reductions of all the problem-behaviors were observed during the two months of treatment application. Other behaviors not directly intervened were also affected. The use of this methodology in personality disorders and other severe disorders is discussed as a new arena in behavioural psychology.

KEYWORDS. Functional analysis. Borderline personality disorder. Therapeutic community. Experiment of only case.

RESUMO. Apresenta-se o caso de um paciente com diagnóstico de perturbação de personalidade de estado limite institucionalizado numa comunidade terapêutica hospitalar com uma história psiquiátrica prolongada e múltiplos problemas de comportamento associados. Por motivos de eficácia e ajustamento do tratamento ao paciente procedeu-se a uma análise funcional exaustiva dos comportamentos problema. Usam-se três fontes de informação: os registos da enfermaria, grelha de observação e entrevista comportamental. As duas primeiras fontes permitiram apoiar a análise funcional com testes de probabilidades condicionais. A intervenção considerou o controlo de consumo de estimulantes, aumento das actividades de lazer, aumento do comportamento de cuidado de si próprio, e redução de comportamentos problema através do sistema de economia de fichas e controlo de contingências. Estas medidas foram implementadas de acordo com um contrato comportamental. Durante os dois meses de tratamento observou-se uma dramática redução de todos os comportamentos problema, assim como de outros comportamentos que não foram objecto directo de intervenção. Discute-se o uso desta metodologia em perturbações de personalidade e outras perturbações graves como novas áreas de aplicação da psicologia comportamental.

PALAVRAS CHAVE. Análise funcional. Perturbação de personalidade de estado limite. Comunidade terapêutica. Experiência de caso único.

Introducción

Durante los últimos diez años los trastornos de personalidad han constituido una nueva y estimulante área de aplicación de tratamientos cognitivo-conductuales. Ello se ha manifestado en un número creciente de investigaciones que demuestran la eficacia de tratamientos estandarizados como interesante alternativa o complemento a las intervenciones farmacológicas, ambientales o psicoterapéuticas que pueden calificarse de intervenciones “tradicionales” (Bohus, Haaf, Stiglmayr, Pohl, Bohme y Linehan, 2000; Linehan, Schmidt, Dimeff, Craft, Kanter y Comtois, 1999; Swenson, Torrey y Koerner,

2002). El trastorno límite de personalidad, en particular, es considerado una de las alteraciones de personalidad más graves (Millon, 1985), ya que los pacientes que reciben esta etiqueta exhiben comportamientos autolesivos, dificultades interpersonales de primera magnitud y un repertorio disfuncional para regular sus respuestas emocionales. En un trabajo reciente se observó que más del 10% acababa suicidándose (Paris y Zweig-Frank, 2001). Hasta principios de los años noventa las intervenciones conductuales habían sido escasas y poco estructuradas. En 1993, Marsha M. Linehan con su trabajo *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder* (Linehan, 1993a, 1993b) marca un punto de inflexión haciendo una amplia y bien documentada propuesta teórica y terapéutica: la Terapia Dialéctico-Conductual (TDC). Las publicaciones relativas a este abordaje se han multiplicado mostrando resultados convergentes sobre su eficacia en distintos países y con pacientes de características muy diversas (McMain, Korman y Dimeff, 2001; Swenson *et al.*, 2002; Verheul, Van den Vosch, Koeter, De Ridder, Stijnen y Van den Brink, 2003). No obstante, este modelo de tratamiento, aunque tremendamente útil y eficaz presenta limitaciones a nivel de efectividad y eficiencia en la implementación en marcos sanitarios masificados que usualmente atienden este trastorno (Hall, Caleo y Meares, 2001). La TDC requiere una aplicación prolongada y cientos de horas de tratamiento para la obtención de resultados replicables y duraderos (Linehan, 1993a, 1993b). Una segunda dificultad de este modelo, extensible a los tratamientos “tradicionales”, es el ofrecer un “paquete”, más o menos cerrado, a aplicar a pacientes que presentan una determinada etiqueta diagnóstica. Ello es contradictorio con una perspectiva funcional del comportamiento que defendemos en este trabajo.

Por otra parte, los diagnósticos basados en clasificaciones nomotéticas (DSM o CIE) consideran la topografía del comportamiento como criterios diagnósticos. Tales comportamientos son irrelevantes a la elección de un tratamiento eficaz desde un punto de vista funcional. Desde esta perspectiva, un mismo comportamiento puede tener causas muy diferentes y comportamientos muy diferentes pueden estar obedeciendo a igual función. Bisset y Hayes (1999) ponen un ejemplo ilustrativo a este respecto: “el consumo abusivo de alcohol puede depender de muchas funciones tales como la ansiedad social o la evitación de emociones dolorosas. De igual modo, la misma función – por ejemplo la evitación de emociones dolorosas- puede controlar múltiples conductas, como el consumo excesivo de alcohol, el trabajo excesivo, los atracones, la promiscuidad sexual, etc.” (p. 380). Estos sistemas diagnósticos acusan pues una falta de definición funcional de los trastornos; sin embargo, la definición topográfica que realizan, de hecho, también resulta deficitaria. Nos referimos al diagnóstico politético de los sistemas DSM. Según estos sistemas un diagnóstico puede adquirirse por múltiples vías y acompañado de “síntomas” muy diversos. Por ejemplo, el diagnóstico del trastorno de personalidad límite puede obtenerse de 256 combinaciones diferentes de criterios diagnósticos; ello hace que la correlación intra-criterio de los criterios diagnósticos para este trastorno sea solo ligeramente superior a la correlación inter-criterio con los criterios de otros trastornos de personalidad -0,08 vs. 0,23- (Grilo *et al.*, 2001). Ello cuestiona la relevancia nosológica de estas etiquetas. ¿Podemos entonces seleccionar un tratamiento estandarizado a partir de un diagnóstico nomotético?

Superando las críticas antedichas, en el presente trabajo defendemos un modelo de intervención basado en la evaluación funcional, concretamente el análisis funcional del comportamiento. Este procedimiento de evaluación permite realizar intervenciones orientadas a modificar las variables que se relacionan funcionalmente con los comportamientos problemáticos de los pacientes (Haynes y O'Brien, 1990). Ello supone una alternativa no excluyente frente a las estrategias terapéuticas tradicionales. La aplicación del análisis funcional de la conducta en Psicología Clínica no ha comenzado a generalizarse hasta la década de los años noventa. En la actualidad se ha documentado su utilidad en trastornos generalizados del desarrollo, abuso de sustancias, comportamientos bizarros, trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y trastornos psicóticos, entre otros. Sin embargo, no hemos encontrado ningún trabajo en el que se halla aplicado a un paciente con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. En el presente documento se describe la evaluación y tratamiento conductuales de un caso de trastorno límite de personalidad basándose en un análisis funcional previo. Este estudio se ajusta a la categoría de experimento de caso único (Montero y León, 2002) y en su redacción se han contemplado, en lo posible, las directrices de Buela-Casal y Sierra (2002) sobre redacción de casos clínicos y las pautas de Bobenreith (2002) para la publicación de investigaciones de ciencias de la salud.

Identificación del paciente

R. S. es un varón de 29 años soltero con estudios universitarios inacabados, laboralmente incapacitado, su familia tiene un nivel socio-económico bajo. En el momento actual está institucionalizado en una Comunidad Terapéutica del Servicio Andaluz de Salud.

Análisis del motivo de consulta

El escaso éxito de otras múltiples estrategias terapéuticas de las que R.S. ha sido objeto (psicofarmacológica, psicoterapia grupal, psicoterapia de apoyo ecléctica y terapia ambiental) conducen a una decisión colegiada por parte de la unidad de salud mental en la que el paciente se encuentra permanentemente ingresado según la cual se acepta el diseño de un programa conductual con el propósito de reducir la probabilidad de exhibición de agresiones físicas graves por parte del paciente.

Historia del problema

R.S. muestra una historia psiquiátrica que se remonta a los 16 años cuando requirió atención especializada por su "falta de identidad sexual". Un año después, presentaría graves alteraciones de comportamiento que recibieron la etiqueta de "brote psicótico" en la Unidad de Psiquiatría en la que fue ingresado. Desde entonces ha presentado de forma oscilante graves dificultades de relación, aislamiento social, intentos de suicidio y agresiones graves. En particular, una agresión a su madre ocasionó una fractura ósea

grave dos años antes del inicio de este estudio. Recientemente se produjo una agresión a un trabajador de la institución en la que se encuentra ingresado produciendo la hospitalización de aquel. La agresión a su madre hace dos años, con la que guarda un conflicto recurrente, compensado con periodos de decididas muestras de afecto e idealización, determinó su ingreso definitivo, previa valoración de una comisión de pacientes graves, en una Comunidad Terapéutica. En este dispositivo se encontraba en régimen de “Hospital de Día” desde los tres años previos a su ingreso permanente. Extenderse en los antecedentes personales y psiquiátricos de R. S. vulneraría los límites del presente trabajo. No obstante, la Tabla 1 muestra una semblanza de sus antecedentes personales y psiquiátricos más relevantes según constan en su historia clínica. En la Tabla 2 pueden observarse los ingresos en Unidades de Agudos de Psiquiatría que ha presentado R. S. solo en los últimos tres años y la colección de diagnósticos CIE-10 que recibió en cada uno de ellos.

TABLA 1. Antecedentes personales y psiquiátricos más relevantes del paciente.

Infancia

- Parto con fórceps
- Dificultades en la succión del pecho materno
- Destete a los tres meses
- Llanto excesivo
- Enuresis nocturna hasta los cinco años
- Vómitos excesivos
- Problemas de sueño asociados al llanto
- Aislamiento escolar
- Ansiedad elevada al distanciamiento de la madre

Adolescencia y primera juventud

- Verbalizaciones paranoides y delirantes esporádicas
- Ansiedad elevada al distanciamiento de la madre
- Identidad sexual no definida
- Dificultades de relación social
- Se instauran comportamientos agresivos
- Primer contacto con servicios psiquiátricos
- Periodos con estado de ánimo deprimido
- Primer ingreso en unidad de psiquiatría con ideas persecutorias, robo y eco del pensamiento, humor depresivo, alucinaciones olfatorias y gustativas

Adulthood

- Primer intento de suicidio mediante ingesta de medicamentos
- Termina COU, tras un primer año de universidad abandona los estudios
- Frecuentes discusiones con la madre
- Aislamiento social
- Comienza a desempeñar varios empleos no cualificados, fracasa pronto en todos ellos

Acude a un servicio psiquiátrico en régimen de hospital de día
 Agresión física grave contra su madre (le fractura un hueso), abandona el domicilio familiar e ingresa en un dispositivo psiquiátrico de estancia media-larga.

Agresión física grave contra un miembro del personal sanitario

TABLA 2. Diagnósticos recibidos en sucesivos ingresos en unidades de agudos desde los tres años previos al inicio de la investigación hasta la actualidad.

Diagnóstico*	Duración en días	Edad
Personalidad borderline	35	26
Trastorno afectivo de la personalidad	12	26
Autismo infantil. Estado residual	2	26
Psicosis esquizofrénica	31	26
Trastorno esquizoide de la personalidad	8	26
Personalidad borderline	7	27
Trastorno explosivo intermitente	21	27
Personalidad borderline	3	27
Trastorno de personalidad mixta	9	27
Personalidad antisocial	12	27
Trastorno esquizoide de la personalidad	1	27
Uso peligroso de estimulantes	24	27
Trastorno de personalidad esquizotípica	7	28
Trastorno inducido por estimulantes	8	28
Trastorno explosivo intermitente	15	28
Trastorno afectivo de la personalidad	1	29
Trastorno de personalidad esquizotípica	21	29

*Etiquetas CIE-10

Como se ha mencionado, R. S. comenzó a acudir diariamente a una Comunidad Terapéutica en régimen de Hospital de Día posteriormente fue ingresado permanentemente en ella. Este dispositivo tiene una capacidad de diez pacientes en régimen de ingreso y otros quince en régimen de Hospital de Día (IASAM, 1990). Los problemas conductuales de estos pacientes son muy diversos teniendo especial presencia los etiquetados de “trastornos de personalidad grave”, “esquizofrenia paranoide” y “trastorno bipolar”. Es un dispositivo abierto en el que los pacientes tienen libertad para salir y para asistir o no a las actividades. R. S. recibe en este servicio cinco horas semanales de terapia de grupo (grupos informales o de orientación dinámica), tres horas semanales de terapia ocupacional, dos horas semanales de actividades deportivas, 90 minutos semanales de entrenamiento en habilidades sociales en grupo, una hora de psicoterapia de apoyo ecléctica con un psicólogo, así como frecuentes revisiones farmacológicas con un psiquiatra. En total, unas 15 horas de asistencia semanales. Con un cálculo sencillo se aprecia que, desde su admisión, R. S. ha recibido aproximadamente 3600 horas de asistencia profesional.

No tenemos datos concretos sobre el efecto de este abordaje a nivel afectivo y conductual sobre R. S., una observación de su historia clínica muestra que sus graves problemas de conducta no se han reducido en los últimos años. No obstante, es razonable pensar que esta atención ha supuesto un notable incremento de la calidad de vida familiar y personal, y una oportunidad para la contención de las posibles alteraciones de este paciente (intentos suicidas, agresiones, autolesiones, etc.). Multitud de trabajos han demostrado, por otra parte, la eficacia de esta categoría de intervenciones en pacientes con el diagnóstico de trastorno de personalidad límite (Antikainen, Hintika y Lehton, 1995; Perry, Bacon y Ianni, 1999; Wilberg, Urnes, Friis, Irion, Pedersen y Karterud, 1999). Sin embargo, cabe pensar que después de cinco años de intervención este modelo ha alcanzado su asíntota por lo que a la mejoría de R. S. se refiere. Con relación al tratamiento farmacológico, en la Tabla 3 puede consultarse la medicación recibida por R. S. El paciente recibe una combinación de altas dosis de antipsicóticos, ansiolíticos y anticonvulsivos dirigidos a obtener un alivio “sintomático”. Esta medicación no ha sido modificada de manera significativa durante los meses de línea de base y de tratamiento.

TABLA 3. Tratamiento psicofarmacológico.

Principio activo	Efecto	Dosis diaria (mg.)
Quetiapina	Antipsicótico	6
Risperidona	Antipsicótico	600
Clonazepan	Ansiolítico/hipnótico	2
Cloracepato dipotásico	Ansiolítico/hipnótico	150
Flumitrazepan	Ansiolítico/hipnótico	2
Gabapentina	Antiepiléptico/control de impulsos	2000
Topiramato	Antiepiléptico/control de impulsos	400
Levomepromazina	Antipsicótico (si precisa)	100

R. S. ha recibido multitud de diagnósticos durante su prolongada estancia en los circuitos de Salud Mental. No se le han aplicado con anterioridad entrevistas diagnósticas estructuradas. Antes del inicio del tratamiento se procedió a la pasación por dos evaluadores independientes del *International Personality Disorders Examination* –IPDE– para criterios DSM-IV (Loranger, 1997). Se obtuvo el diagnóstico convergente de Trastorno Límite de la Personalidad (F60.31). No se consignaron etiquetas especiales en el eje I al margen del consumo abusivo de cafeína. Los criterios diagnósticos que se confirmaron para R. S. dentro del trastorno límite de la personalidad son: (2), patrón de relaciones interpersonales inestables, (3) alteración de la identidad, (4) impulsividad en

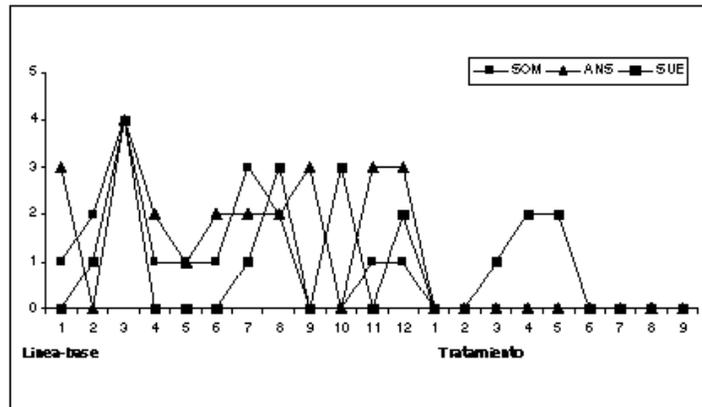
abuso de sustancias e ingesta de alimentos, (6) inestabilidad afectiva y (8) ira inapropiada e intensa (American Psychiatric Association, 1994).

Análisis y descripción de las conductas problema

Como se ha mencionado, en este caso dada la ineficacia mostrada por los procedimientos de tratamiento disponibles (véase línea base de registros de enfermería en las Figuras 3 a 6) se plantea realizar un análisis funcional de los comportamientos más disruptivos y a la vez emocionalmente aversivos para el propio paciente. El examen de las observaciones de enfermería así como entrevistas con la familia y el paciente ponen de manifiesto que los comportamientos más problemáticos de R. S. son la inquietud motora, las peticiones excesivas realizadas al personal sanitario, las agresiones verbales y las agresiones físicas. Cuando nos referimos a “problemas de comportamiento” a lo largo del trabajo nos referimos expresamente a ellos. La información necesaria para realizar el análisis funcional se llevó a cabo realizando registros A-B-C basados fundamentalmente en tres fuentes:

- Registros de evoluciones de enfermería. En estos registros realizados tres veces al día se consigna la actividad diaria del paciente así como su estado; se realizaron registros cuantitativos que permitieron asociar ciertos comportamientos a ciertas horas del día o a ciertas condiciones antecedentes; de estos registros se extrajo la frecuencia durante los meses previos al tratamiento de múltiples variables (para una descripción exhaustiva de ellas véanse las Figuras 3 a 6).
- Rejilla de observación. En esta rejilla se consignaron los comportamientos relevantes durante el periodo de línea-base y de tratamiento y era cumplimentada diariamente por los profesionales de la unidad (para ver una descripción exhaustiva de las variables registradas véanse las Figuras 7 a 10).
- Entrevista conductual con el paciente y entrevista con la familia y los terapeutas de R. S. La entrevista conductual complementó algunos déficit de información de las otras fuentes debido a que la línea de base de la rejilla de observación sólo pudo prolongarse dos semanas debido a una fuerte agresión realizada por el paciente que obligó a los profesionales a acelerar las medidas de tratamiento. Por este mismo motivo, fue éticamente inadmisibles en este caso la aplicación de controles metodológicos como la línea de base múltiple que, aunque de enorme interés, podría producir nuevos episodios de agresiones en el paciente. Por otra parte, aunque la metodología de entrevista no es un procedimiento específico para la realización de un análisis funcional de la conducta su uso está extendido en esta área sólo al nivel de plantear relaciones funcionales hipotéticas (O’Brien y Haynes, 1997).

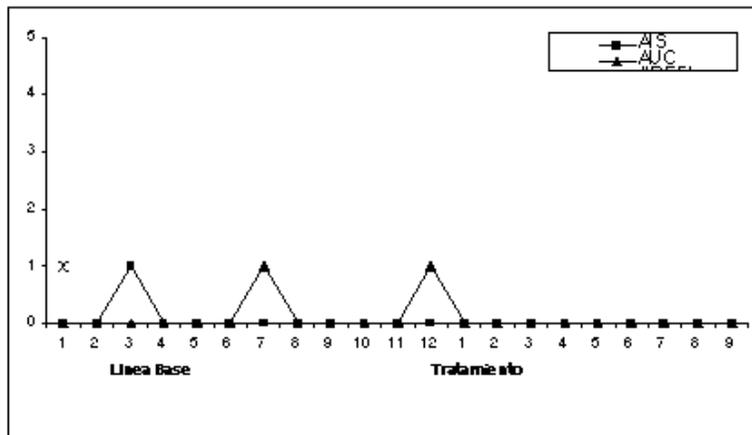
FIGURA 3. Evolución de quejas somáticas, ansiedad elevada y alteraciones de sueño.*



Nota. SOM = Quejas somáticas: verbalizaciones insistentes referidas a sensaciones corporales desagradables (cefalea, dolor de huesos fundamentalmente). ANS = Ansiedad: estado de nerviosismo e inquietud aparente. SUE = Alteraciones de sueño: episodios de despertar temprano, despertar tardío y de insomnio.

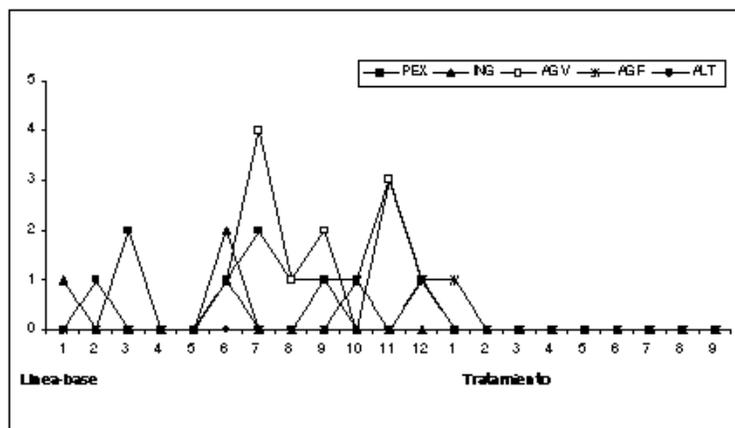
*Este gráfico está basado en los registros de evoluciones de enfermería; la presencia de un episodio de una variable determinada se contabiliza como un punto en el eje de ordenadas hasta un máximo de 1 punto por variable y periodo de ocho horas.

FIGURA 4. Evolución de comportamientos básicos de adaptación a la comunidad terapéutica en la que se encuentra.*



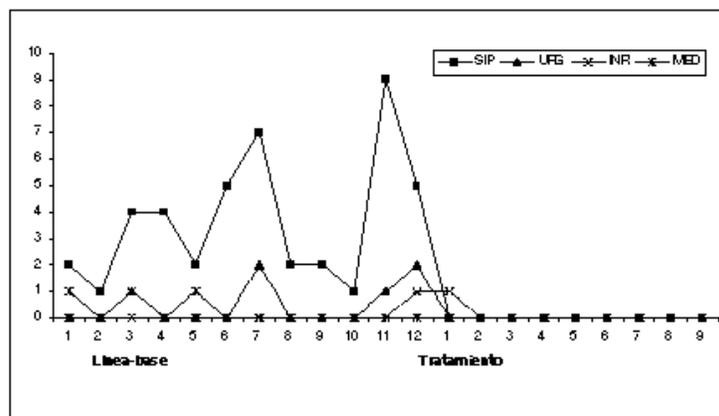
Nota. AIS = Aislamiento: no interactúa con los otros pacientes ni con el personal por un periodo prolongado. AUC = Autocuidado: no cumple alguna norma de autocuidado básico (no se ducha, no se calza, se ensucia en exceso o desorden excesivo del cuarto).

* Este gráfico está basado en los registros de evoluciones de enfermería; la presencia de un episodio de una variable determinada se contabiliza como un punto en el eje de ordenadas hasta un máximo de 1 punto por variable y periodo de ocho horas.

FIGURA 5. Evolución de problemas de conducta y excesos conductuales.*

Nota. PEX = Peticiones excesivas: se muestra demandante de forma continuada e inapropiada hacia personal sanitario y pacientes. ING = Alteraciones de la ingesta: come en exceso y no come en absoluto. AGV: Agresión verbal: insulta, amenaza o grita de forma excesiva e inapropiada. AGF = Agresión física: golpea intensamente una persona u objeto. ALT = Alteración: realiza verbalizaciones delirantes o de suicidio.

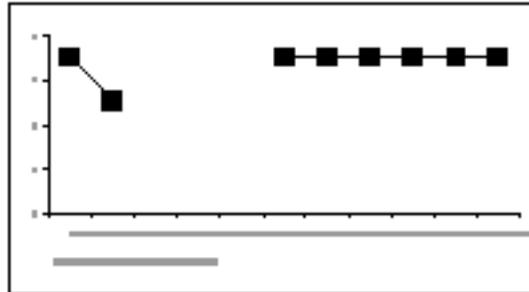
*Este gráfico está basado en los registros de evoluciones de enfermería; la presencia de un episodio de una variable determinada se contabiliza como un punto en el eje de ordenadas hasta un máximo de 1 punto por variable y periodo de ocho horas.

FIGURA 6. Evolución de intervenciones sanitarias excepcionales.*

Nota. SIP = Si precisa: se le administra una dosis de medicación adicional por agitación. URG = Urgencia: su comportamiento exige llamar al psiquiatra de guardia o al guarda de seguridad. INR: Ingreso: es ingresado en una Unidad de Agudos de Psiquiatría. MED = Medicación: rompe la adherencia al tratamiento farmacológico.

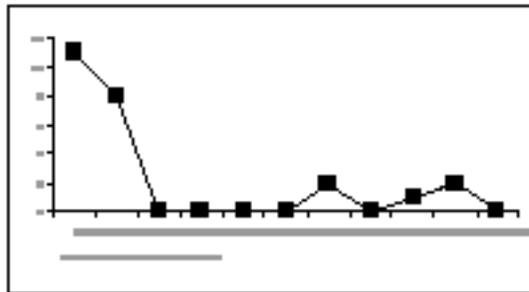
*Este gráfico está basado en los registros de evoluciones de enfermería; la presencia de un episodio de una variable determinada se contabiliza como un punto en el eje de ordenadas hasta un máximo de 1 punto por variable y periodo de ocho horas.

FIGURA 7. Evolución de conductas de autocuidado según rejilla de observación.



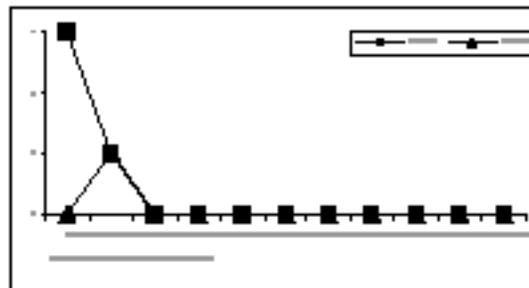
Nota. Se considera una unidad por cada día que realiza actividades obligatorias de autocuidado (se ducha, viste correctamente y ordena su cuarto).

FIGURA 8. Evolución de ingesta de café según rejilla de observación.

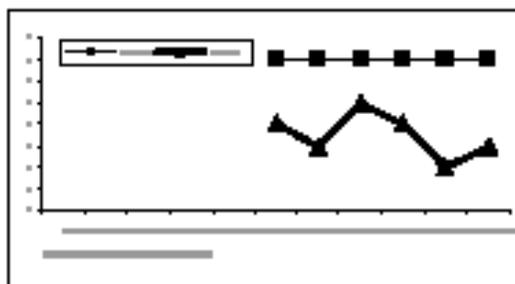


Nota. Se considera una unidad en las ordenadas por cada café consumido.

FIGURA 9. Evolución de las agresiones según rejilla de observación.



Nota. AGREV = Agresión verbal. AGREF = Agresión física. Definición en Figura 5.

FIGURA 10. Evolución de la adherencia a la economía de fichas.

Nota. PEFI = Se codifica 1 cada vez día que solicita su ficha. ZUMO = Pide zumo: se codifica 1 cada vez que pide tomar un zumo a horas en que tomaba café.

Se realizaron análisis de la probabilidad condicional, según proponen O'Brien y Haynes (1997), para confirmar las relaciones funcionales entre las variables que fue posible cuantificar usando los datos de las evoluciones de enfermería y de la rejilla de observación. Los cálculos de probabilidad condicional fueron apoyados por análisis Chi cuadrado para confirmar que la distribución de frecuencias de los comportamientos no seguía un modelo de frecuencia esperada (véanse las Tablas 4 a 7).

TABLA 4. Frecuencia de episodios de problemas de conducta en función de que se observara un consumo elevado (más de un café) o reducido (hasta un café).

	Se registraron problemas de conducta			No se registraron problemas de conducta		
	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional
Consumo elevado	7	4,5	0,875	1	4,5	0,125
Consumo reducido	2	4,5	0,1818	9	4,5	0,8181

Nota Las frecuencias esperadas se establecen bajo el supuesto que no hay relación entre las variables. Análisis de Chi cuadrado $p < 0,0015$

TABLA 5. Frecuencia de episodios de problemas de conducta en función de que haya habido visitas o no a la casa en los días que se observó consumo elevado de café.

	Se registraron problemas de conducta			No se registraron problemas de conducta		
	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional
Realizó una visita ese día	8	3,75	0,8889	1	3,75	0,1111
No realizó visita ese día	1	3,75	0,1667	5	3,75	0,8333

Nota. Las frecuencias esperadas se establecen bajo el supuesto que no hay relación entre las variables. Análisis de Chi cuadrado $p < 0,0023$.

TABLA 6. Frecuencia de episodios de problemas de conducta en función de que haya habido visitas o no a la casa en los días que se observó consumo reducido o abstinencia de café.

	Se registraron problemas de conducta			No se registraron problemas de conducta		
	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional
Realizó una visita ese día	3	5	0,2727	8	5	0,7272
No realizó visita ese día	2	5	0,2222	7	5	0,7777

Nota. Las frecuencias esperadas se establecen bajo el supuesto que no hay relación entre las variables. Análisis de Chi cuadrado $p < 0,0225$.

TABLA 7. Frecuencia de administración de medicación si precisa a partir de las 20,00 horas en función de que haya habido o no problemas de comportamiento esa tarde.

	Se administró medicación "si precisa"			No se administró medicación "si precisa"		
	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional	Frecuencia observada	Frecuencia esperada	Probabilidad condicional
Hubo problemas de conducta esa tarde	9	7	0,6	6	7	0,4
No hubo problemas de conducta esa tarde	2	7	0,1538	11	7	0,8462

Nota. Las frecuencias esperadas se establecen bajo el supuesto que no hay relación entre las variables. Análisis de Chi cuadrado $p < 0,0103$.

Las relaciones funcionales identificadas han sido representadas gráficamente en un Modelo Causal Analítico Funcional presentado en las Figuras 1 y 2 basado en el procedimiento de Stephen N. Haynes (Haynes y O'Brien, 1990; O'Brien y Haynes, 1997), añadiéndose también el papel de cada variable dentro de una contingencia sencilla (antecedente, conducta, consecuente y variable interviniente).

FIGURA 1. Relaciones funcionales causales de diversas conductas del paciente: inquietud motora, peticiones excesivas, agresiones verbales y agresiones físicas.

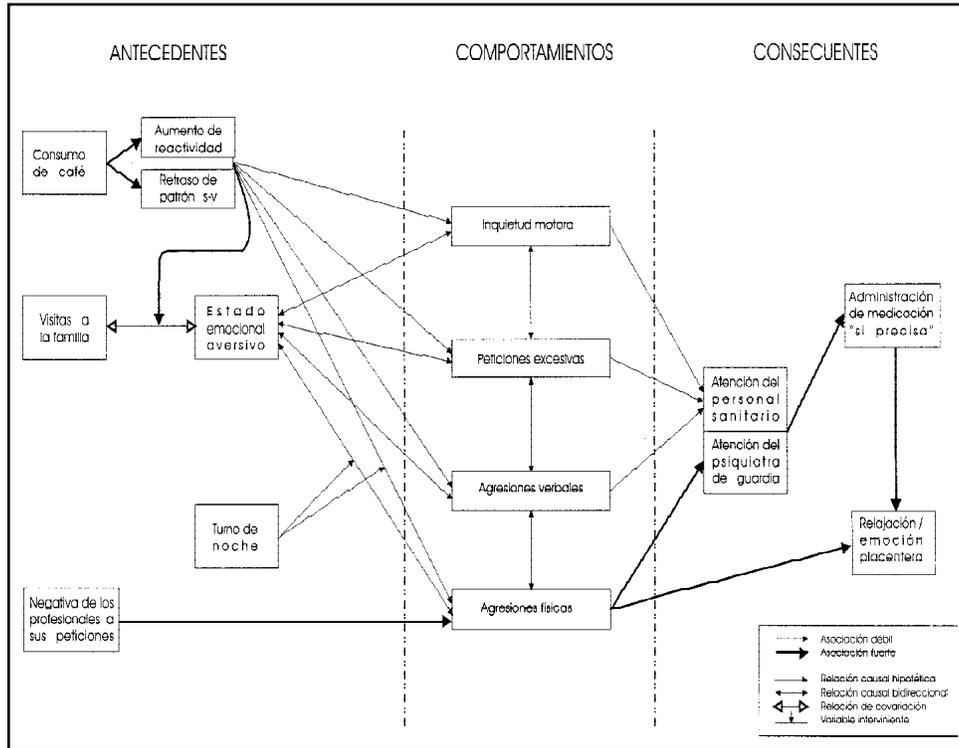
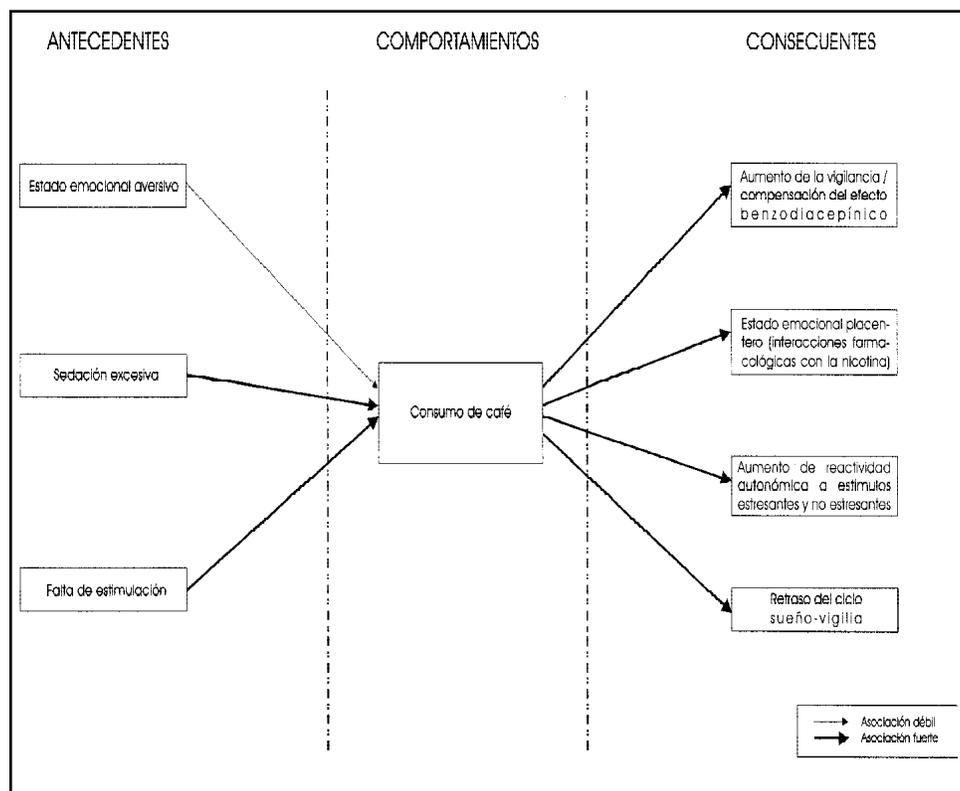


FIGURA 2. Relaciones funcionales causales del consumo de café.

Establecimiento de las metas del tratamiento

Los registros de enfermería ponen de manifiesto que los episodios más graves de descontrol (ansiedad elevada, agresividad verbal, insomnio) y comportamientos problemáticos se producían en días en los que el consumo de café había sido excesivo $-0,87$, vs. $0,18$ - (véase Tabla 4) y coincidían altamente con visitas a la familia esa mañana $-0,88$ vs. $0,16$ - (véase Tabla 5). En estos casos los problemas de conducta se codificaban invariablemente por la tarde y por la noche se daban las situaciones más graves (agresiones). Tal como se observa en el Figura 2 se postula que los efectos incondicionados del consumo de cafeína, tales como son el retraso del ritmo sueño vigilia, el aumento del nivel de activación y especialmente de la reactividad autonómica a estímulos tanto estresantes como no estresantes (Lovallo, 1995; Pincomb, Lovallo, Passey y Brackett, 1987) aumentan la covariación observada entre visitas a la casa, el estado emocional aversivo y todos los excesos conductuales consignados en la columna de comportamientos de la Figura 1. Concretamente, en los días en los que se registró un consumo

elevado de café (más de un café express de máquina) la visita a la casa se asoció con una probabilidad condicional de 0,88 (véase Tabla 5) a la presencia posterior de alteraciones de comportamiento, mientras que en este mismo caso si el consumo fue reducido la probabilidad fue de 0,27 (véase Tabla 6). El análisis Chi cuadrado mostró que en ambos casos la distribución de los datos no seguía un modelo de probabilidad homogénea ($p < 0,002$ y $p < 0,022$ respectivamente).

El consumo de café por J. R. presenta problemas adicionales; se ha observado que los pacientes con trastornos límite de la personalidad, contrariamente a la teoría de Linehan (1993a) presentan hipo-activación psicofisiológica de forma habitual (Herpertz, Kunert, Schwenger y Sass, 1999), postulándose en este caso el consumo de estimulantes como una estrategia disfuncional de regulación del estado emocional. El consumo de nicotina -R.S. fuma cuarenta cigarrillos diarios- puede influir también, pues se ha observado que las interacciones farmacológicas que mantiene con la cafeína mejoran el estado de ánimo (Gilbert, Dibb, Plath y Hiyane, 2000). En la Figura 2, postulamos que el aumento de vigilancia mediado por la cafeína (Gilbert *et al.*, 2000) actúa como reforzador debido a la compensación del efecto sedativo de las altas dosis de benzodiacepinas. En otro contexto, se ha demostrado que los consumidores de altas dosis de benzodiacepinas incrementan la ingesta de café y cigarrillos (Lekka, Paschalis y Beratis, 1997) y que este consumo tiene un efecto compensatorio sobre los efectos hipnóticos y ansiolíticos de las benzodiacepinas (Rush, Higgings, Bickel y Hughes, 1994; Zuvín y Benovitz, 1999). La entrevista conductual y los registros de línea de base muestran que la sedación excesiva, la falta de actividades y la falta de estimulación general, así como la presencia de estados emocionales desagradables aumentan la probabilidad de consumo de café (véase Figura 2).

El análisis de la probabilidad condicionada muestra que la presencia de comportamientos disruptivos persistentes durante la tarde va sucedida de la atención del personal sanitario hacia R. S. y de la administración de medicación si precisa -0,6 vs. 0,15- (véase Tabla 7). Se postula que la relajación y los estados emocionales placenteros asociados a los efectos farmacológicos de la medicación refuerzan negativamente los comportamientos disruptivos mediante la reducción que se produce de estados emocionales aversivos (véase Figura 1), que suelen preceder a las peticiones excesivas, las agresiones y otros comportamientos problemáticos. Por otra parte, la atención prestada por los profesionales (auxiliares, psiquiatra de guardia, guarda de seguridad, etc.) los refuerzan positivamente.

En los episodios de agresiones físicas que se dan en el periodo de línea de base las conductas problemáticas, especialmente las peticiones excesivas (normalmente de más medicación), fueron seguidas de negativas por parte del personal. Interpretamos este fenómeno como un exceso conductual asociado a la extinción. Por lo que respecta a la hora del día en la que suceden los problemas más graves de conducta -la noche-, puede interpretarse como resultado de una menor capacidad de contención del dispositivo a esas horas debido a la ausencia de personal (la agresión más grave sucedió cuando solo había dos auxiliares femeninas).

Estudio de los objetivos terapéuticos

Los objetivos terapéuticos hacen referencia a las conductas cuya frecuencia será registrada y pretende ser reducida. El análisis funcional por otra parte permite prever reducciones en variables que no serán directamente intervenidas; una descripción operacional de estas conductas puede consultarse en las Figuras 3 a 10.

- Reducción de la agresividad verbal y física.
- Reducción de verbalizaciones demandantes hacia el personal sanitario.
- Reducir la ingesta de estimulantes.
- Reducir los episodios de ansiedad e inquietud motora.
- Reducción de las quejas somáticas.
- Reducción de las alteraciones del sueño y el ritmo circadiano.
- Reducir los episodios de aislamiento en la unidad.
- Reducir las rupturas de adherencia a conductas de autocuidado básico.
- Reducir la administración de medicación “si precisa”.
- Reducción de las alteraciones de la ingesta.
- Reducción de verbalizaciones delirantes y parasuicidas.

Selección del tratamiento más adecuado

Dado el análisis funcional presentado en la Figura 1 se observa que posibles vías de intervención serían: (1) reducción del consumo de café, (2) análisis funcional de las relaciones familiares e intervención en consecuencia para reducir el estado emocional aversivo asociado a las visitas, (3) eliminar el reforzamiento atencional del personal sanitario y (4) racionalizar la administración de medicación “si precisa”. Pese a que consideramos que todas estas intervenciones pueden realizarse conjuntamente decidimos intervenir sobre el primer punto que es el que pensamos presenta una mejor relación coste-beneficio. Con relación a la situación familiar tomamos la medida de limitar las visitas a los fines de semana (aunque la cantidad de tiempo total permanecido en la casa es similar), ello facilitará romper las secuencias de comportamientos expresadas en el modelo causal de la Figura 1. Decidimos posponer una intervención familiar más profunda según el resultado de la intervención sobre el consumo de café. Por lo que respecta a la atención prestada por los sanitarios y a la medicación “si precisa” las características de la unidad impiden realizar ninguna intervención sobre estos aspectos.

El análisis funcional específico del consumo de café presentado en la Figura 2 nos permite dilucidar posibles intervenciones: (1) aumentar el nivel de actividad y estimulación, (2) reducir la dosis de benzodiazepinas y (3) reducir el consumo de nicotina. Restricciones prácticas hacen que solo pueda ponerse en práctica el aumento de nivel de actividad. Para ello se fomentan las salidas recreativas los fines de semana, las salidas al cine y la asistencia a las actividades grupales de la comunidad utilizando dinero como reforzador generalizado (no se presentan datos sobre esta variable). Se prohíbe el consumo de café negociando con el paciente la posibilidad de que tome un único descafeinado por la mañana teniendo la posibilidad de pedir un zumo –por los que muestra especial predilección- a las mismas horas que consumía el café a objeto de

contracondicionar la ingesta de café a determinadas horas. Al margen de estas medidas se toman otras adicionales basadas en la economía de fichas y el control de contingencias: recibe un vale por valor de medio euro por cada día sin consumo, canjeables semanalmente para invertir en un regalo personal, pierde cinco cigarrillos por cada café que tome y por cada semana sin café se le da un reconocimiento público y un aplauso en las sesiones de grupo. Todas las medidas consideradas fueron sistematizadas en un contrato conductual que puede consultarse en el Apéndice 1; en éste se implementaron otros comportamientos a instaurar de menor interés como comportamientos de autocuidado y medidas sancionadoras directas del comportamiento agresivo y de la expresión de peticiones excesivas (hasta el momento actual no ha sido necesario aplicar estas sanciones directas).

En el diseño de las contingencias a implementar en el contrato se consideró que deberían existir reforzadores a corto plazo (diarios) y a medio plazo (semanales); los primeros permitirían una buena adherencia a corto plazo dado que este paciente, así como muchos con su diagnóstico, tienen una pobre historia de aprendizaje en demora de reforzadores y son muy sensibles a reforzadores a corto plazo; usando una etiqueta coloquial son “impulsivos” (Goodman y New, 2000). Por otra parte, las medidas a medio plazo fomentan el entrenamiento en demora de reforzadores. La eficacia de la economía de fichas y los contratos conductuales han sido contrastados en pacientes graves, pacientes crónicos y con trastornos psicóticos (Comaty, Statio y Advokat, 2001; Corrigan y Mueser, 2000; Kopelowicz, Liberman y Zarate, 2002; Navas y Wennerholm, 1987; Silverstein, Hatashita-Wong y Bloch, 2002). No obstante, solo tenemos noticia de una publicación en la que se haya utilizado con pacientes diagnosticados de trastorno límite de la personalidad, en esta oportunidad para el control del comportamiento autolesivo y agresivo, obteniéndose resultados exitosos (Bloxham, Long, Alderman y Hollin, 1993). En nuestro caso, el objetivo es similar; sin embargo, el control del comportamiento agresivo se realiza de manera indirecta mediante la alteración de las variables que funcionalmente se asocian a él.

Selección y aplicación de las técnicas de evaluación y análisis de los resultados obtenidos en esta fase

La evaluación de los resultados se realizará mediante la observación de los cambios en la frecuencia de las conductas problema durante la fase de tratamiento. Así mismo, se añaden registros adicionales asociados a la adherencia a las medidas terapéuticas, concretamente, adherencia al sistema de economía de fichas para la prevención del consumo de cafeína y frecuencia de petición de zumos (véase la Figura 10).

Aplicación de los tratamientos

El terapeuta mantuvo una sesión semanal de sesenta minutos con el paciente durante todo el proceso de evaluación y tratamiento. La correcta implementación de las condiciones descritas requirió de estrategias clínicas como ascendente terapéutico, entrevista motivacional, lectura periódica de las condiciones, entre otras, cuya explica-

ción sería extensa de detallar; otras estrategias para fomentar la adherencia en trastornos de personalidad pueden consultarse en Freeman y Rosenfield (2002). Por lo que respecta al control del cumplimiento para la correcta administración de consecuencias se llevó por parte del personal auxiliar, de enfermería y el terapeuta la aplicación de las contingencias necesarias, así como un registro de los comportamientos contemplados en el contrato. El consumo de café era fácil de detectar dado que todos los profesionales de la comunidad conocían el contrato y R. S. sólo puede consumirlo en una máquina.

Evaluación de la eficacia y/o efectividad de los tratamientos

La aplicación de las medidas de intervención descritas mostró un rápido y dramático efecto en todas las medidas dependientes consignadas. Hay que destacar que durante el periodo de línea de base el paciente fue ingresado en una Unidad de Agudos durante tres semanas lo que explica la ausencia de datos en las semanas 3-5 en algunas figuras. En la Figura 8 se observa la caída en el consumo semanal de café, mientras que en la Figura 10 se observa una inmediata y correcta adherencia a la petición de los vales del programa de economía de fichas y de los zumos. En las Figuras 6 y 9 se aprecia una reducción total de los episodios de agresividad verbal y física. En las Figuras 3, 4, 5 y 6 puede comprobarse como la intervención tuvo un reflejo en las conductas problemáticas contempladas por los registros de enfermería aunque no directamente intervenidas: peticiones excesivas (PEX), ingesta descontrolada (ING), administración de medicación "si precisa" (SIP), llamadas a psiquiatra de guardia o guarda de seguridad (URG), quejas somáticas (SOM), ansiedad (ANS) y alteraciones de sueño (SUE). Estos resultados son favorables al uso del análisis funcional de la conducta en ámbitos sanitarios, el cual da al clínico múltiples posibilidades de intervención, ya que rutinariamente los trastornos del comportamiento no obedecen a una sola contingencia sino a una colección de ellas, pudiendo seleccionarse las más influyentes sobre las conductas-diana o las que resultan más fácilmente modificables (relación coste-beneficio). Es esta flexibilidad del tratamiento basado en el análisis funcional de la conducta lo que, en nuestra opinión, lo hace un procedimiento de elección para la Psicología Clínica en ámbitos sanitarios en los que el clínico debe responder a las demandas de pacientes graves o crónicos con escasez de tiempo y de recursos. Consideremos que en España un psicólogo clínico de un centro de consultas externas suele tener una población asignada de 50000 habitantes y debe atender en torno a diez pacientes cada mañana (Gil, 1998, IASAM, 1990).

Observaciones

El presente informe pone de manifiesto como una intervención mínima puede tener un efecto notable sobre un conjunto amplio de comportamientos exhibidos por un paciente con trastorno de personalidad grave. Consideramos que esto es posible gracias a un correcto proceso de evaluación basado en la realización de un análisis funcional

acertado de los comportamientos y emociones que quieren ser modificados. Ciertamente, este caso presenta algunas limitaciones de alcance como son la ausencia de línea de base múltiple, no existir datos de probabilidad condicionada para todos los elementos del análisis funcional o carecer de un periodo prolongado de tratamiento y seguimiento; sobre este último punto destacamos que el trabajo terapéutico con R. S. sigue en curso. Las otras limitaciones obedecen a restricciones propias del ambiente aplicado al que debe adaptarse la Psicología y por ello consideramos informativo incluir estas restricciones pragmáticas aquí, pues dan cuenta de lo que los clínicos observan a diario.

Tradicionalmente se han considerado en los trastornos de personalidad déficit estructurales o alteraciones constitucionales del comportamiento, dándoles una aureola de inmodificabilidad hasta el punto de ser clasificados en un eje independiente junto con el retraso mental a partir de la tercera edición del sistema DSM. El coste que estas ideas preconcebidas han podido tener sobre la atención a estas personas es desconocido. ¿Son inmodificables los trastornos de personalidad? Sin embargo, la observación de estas alteraciones “estructurales” como colecciones de comportamientos ofrece una visión diferente (Bisset y Hayes, 1999). Hoy por hoy, la evidencia a favor de la eficacia de las intervenciones cognitivo-conductuales del trastorno límite de la personalidad es notable. Además, diversos trabajos observan que la eficacia de la terapia cognitivo-conductual de un trastorno del eje I no se ve influida por la existencia de un diagnóstico en el eje II (Arntz, 1999; Dreesen, Arntz, Luttel y Sallaerts, 1994), y lo mismo cabe decir del tratamiento de un trastorno de personalidad cuando hay diagnóstico concurrente en el eje I (Linehan *et al.*, 1999). En este momento aportamos un dato más, aunque pueda considerarse anecdótico, sobre la cuestión de la modificabilidad de los trastornos de personalidad. En la Tabla 8 se presentan las puntuaciones de R. S. en el Inventario Multiaxial Clínico de Millon –MCMI-II- tres meses antes del inicio del tratamiento y en la última semana de tratamiento. Puede observarse, al margen de la falta de convergencia con el diagnóstico IPDE, que seis meses después, tras ocho semanas de tratamiento las dimensiones con alta significación clínica (TB>85) han pasado de un número de siete a tan solo tres. Comentarios similares cabe realizar sobre las puntuaciones en el Inventario de Situaciones y Respuestas de Ansiedad –ISRA- (Tobal y Cano, 1986) que presentamos en la Tabla 9. Estos datos pueden utilizarse para inferir cambios amplios asociados a intervenciones puntuales como se ha realizado en algunos estudios de casos (Sloan y Mices, 1996).

Con este trabajo deseamos realizar una mínima contribución al desarrollo de un cuerpo de conocimientos relativo al tratamiento psicológico de pacientes graves y de categorías diagnósticas poco frecuentadas por los psicólogos clínicos. En ciertos foros se hace un continuo énfasis a favor de la causación biológica de estas alteraciones; sin embargo, más allá del corporativismo científico, las evidencias son escasas (Silk, 2000). Un decidido avance en la incorporación de los trastornos graves a la cartera de intervenciones del psicólogo clínico en la línea de recientes trabajos (Lewis *et al.*, 2002; Tarrier, Wells y Haddock, 2000) sin duda contribuirá a una intervención más humana y eficaz en pacientes con trastornos severos del comportamiento.

TABLA 8. Puntuaciones en el MCMI-II pre y post-tratamiento.

Escalas	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Esquizoide	93**	92**
Fóbica	67	40
Dependiente	86**	118**
Histriónica	81*	50
Narcisista	89**	42
Antisocial	53	39
Agresivo/Sádica	13	42
Compulsiva	23	108**
Pasivo/Agresiva	38	33
Autodestructiva	48	36
Esquizoide	95**	76*
Límite	55	41
Paranoide	32	59
Ansiedad	99**	50
Histeriforme	104**	58
Hipománia	73	33
Neurosis depresiva	48	38
Abuso de alcohol	43	12
Abuso de drogas	67	39
Paranamiento psicótico	95**	54
Depresión mayor	70	22
Delirios psicóticos	36	57

*Puntuación clínicamente relevante (TB>75)
**Puntuación clínicamente relevante (TB>85)

TABLA 9. Puntuaciones centiles del ISRA pre y post-tratamiento.

Escalas	Pre-tratamiento	Post-tratamiento
Ansiedad cognitiva	16	18
Ansiedad fisiológica	65*	34*
Ansiedad motora	93**	14

*Ansiedad moderada a marcada
**Ansiedad severa

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Madrid: Masson.
- Antikainen, R., Hintikka, J. y Lehton, J. (1995). A prospective three-year follow-up study of borderline personality disorder inpatients. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 92, 327-335.
- Arntz A. (1999). Do personality disorders exist? On the validity of the concept and its cognitive-behavioral formulation and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 37, supl. 1, S97-134.
- Bisset, R.T. y Hayes, S.C. (1999). The likely success of functional analysis tied to the DSM. *Behavior Research and Therapy*, 37, 379-383.
- Bloxham, G., Long, C.G., Alderman, N. y Hollin, C.R. (1993). The behavioural treatment of self-starvation and severe self-injury in a patient with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 261-267.
- Bobenreith, M. (2002). Normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 509-523.
- Bohus, M., Haaf, B., Stiglmayr, C., Pohl, U., Bohme, R. y Linehan, M.M. (2000). Evaluation of inpatient dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder—a prospective study. *Behavior Research and Therapy*, 38, 875-887.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J.C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 525-532.
- Comaty, J.E., Statio, M. y Advokat, C. (2001). Analysis of outcome variables of a token economy system in a state psychiatric hospital: A program evaluation. *Research in Developmental Disabilities*, 22, 233-253.
- Corrigan, P.W. y Mueser, K.T. (2000). Behavior therapy for aggressive psychiatric patients. En M. L. Cwoner (ed.), *Understanding and treating violent psychiatric patients* (pp. 69-85). Washington: American Psychiatric Association.
- Dreessen, L., Arntz, A., Luttels, C. y Sallaerts, S. (1994). Personality disorders do not influence the results of cognitive behavior therapies for anxiety disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 35, 265-274.
- Freeman, A. y Rosenfield, B. (2002). Modifying therapeutic homework for patients with personality disorders. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 513-524.
- Gil, E. (1998). Sistemas de información en salud mental. *Psiquiatría Pública*, 10, 301-306.
- Gilbert, D.G., Dibb, W.D., Plath, L.C. y Hiyane, S.G. (2000). Effects of nicotine and caffeine, separately and in combination, on EEG topography, mood, heart rate, cortisol, and vigilance. *Psychophysiology*, 37, 583-595.
- Goodman, M. y New, A. (2000). Impulsive aggression in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 2, 56-61.
- Grilo, C.M., McGisahanm T.H., Morey, L.C., Gunderson, J.G., Skodol, A.E., Shea, M.T., Sanislow, C.A., Zanarini, M.C., Bender, D., Oldham, J.M., Dyck, I. y Stout, R.L. (2001). Internal consistency, intercriterion overlap and diagnostic efficiency of criteria sets for DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant and obsessive-compulsive personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinava*, 104, 264-272.
- Hall, J., Caleo, S. y Meares, R. (2001). An economic analysis of psychotherapy for borderline personality disorder patients. *Journal of Mental Health Policy and Economy*, 4, 3-8.
- Haynes, S.N. y O'Brien, W.H. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 10, 649-668.

- Herpertz, S.C., Kunert, H.S., Schwenger, U.B. y Sass, H. (1999). Affective responsiveness in borderline personality disorder: A psychophysiological approach. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1550-1556.
- IASAM (1990). *La reforma psiquiátrica en Andalucía*. Serie monográfica de Salud Mental, Vol. II. Sevilla: Consejería de Salud y Asuntos Sociales, Junta de Andalucía.
- Kopelowicz, A., Liberman, R.L. y Zarate, R. (2002). Psychosocial treatments for schizophrenia. En P.E. Nathan y J.M. Gorman (eds.), *A guide to treatments that work* (2ª ed.) (pp. 201-228). Oxford: Oxford University Press.
- Lekka, N.P., Paschalis, C. y Beratis, S. (1997). Nicotine, caffeine and alcohol use in high and low-dose benzodiazepine users. *Drug and Alcohol Dependence*, 45, 207-212.
- Lewis, S. TARRIER, N., Haddock, G., Bentall, R., Kinderman, P., Kingdon, D., Siddle, R., Drake, R., Everitt, J., Leadley, K., Benn, A., Grazebrook, K., Haley, C., Akhtar, S., Davies, L., Palmer, S., Faragher, B. y Dunn G.I. (2002). Randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy in early schizophrenia: Acute phase outcomes. *British Journal of Psychiatry, suppl.*, 43, 91-97.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorders*. Nueva Cork: Guilford.
- Linehan, M.M., Schmidt, H., Dimeff, L.A., Craft, J.C., Kanter, J. y Comtois, K.A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *American Journal Addiction*, 8, 279-292.
- Loranger, T. (1997). *International Personality Disorders Examination –IPDE-*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lovallo, W.R. (1995). The effects of caffeine and stress on cardiovascular function. *Psychologische Beitrage*, 37, 46-50.
- McMain, S., Korman, L.M. y Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology*, 57, 183-196.
- Millon, T. (1985). *MCMI-II. Inventario clínico multiaxial de Millon-II*. Madrid: TEA.
- Montero, I. y León, O. G. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 2, 503-508.
- Navas, J.J. y Wennerholm, M.A. (1987). Economía de fichas con pacientes esquizofrénicos crónicos en un hospital psiquiátrico de Puerto Rico. *Avances en Psicología Clínica Latinoamericana*, 8, 313-326.
- O'Brien, W.H. y Haynes, S.N. (1997). Análisis funcional de la conducta. En G. Buela-Casal y J.C. Sierra (eds.), *Manual de Evaluación Psicológica: Fundamentos, técnicas y aplicaciones* (pp. 493-521). Madrid: Siglo XXI.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27 year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 482-487.
- Perry, J.C., Bacon, E. e Ianni, F. (1999). Effectiveness of psychotherapy for personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1312-1321.
- Pincomb, G.A., Lovallo, W.R., Passey, R.B. y Brackett, D.J. (1987). Caffeine enhances the physiological response to occupational stress in medical students. *Health Psychology*, 6, 101-112.
- Rush, C.R., Higgings, S.T., Bickel, W.K. y Hughes, J.R. (1994). Acute behavioral effects of lorazepam and caffeine, alone and in combination, in humans. *Behavioral Pharmacology*, 5, 245-254.

- Silk, K.R. (2000). Borderline personality disorder. Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinician of North America*, 23, 61-75.
- Silverstein, S.M., Hatashita-Wong, M. Bloch, A. (2002). A second chance for people with “treatment-refractory” psychosis. *Psychiatric Services*, 53, 480.
- Sloan, D.M. y Mizes, J.S. (1996). The use of contingency management in the treatment of a geriatric nursing home patient with psychogenic vomiting. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Therapy*, 27, 57-65.
- Subdirección general de epidemiología, promoción y educación para la salud (1996). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Swenson, C.R., Torrey, W.C. y Koerner, K. (2002). Implementing dialectical behavior therapy. *Psychiatric Services*, 53, 171-178.
- Tarrier, N., Wells, A. y Haddock, G. (2000). *Treating complex cases: The cognitive behavioural therapy approach*. Londres: Wiley & Sons.
- Tobal, J.M. y Cano, A.R. (1986). *Inventario de situaciones y respuestas de ansiedad, ISRA*. Madrid: TEA.
- Verheul, R., Van den Bosch, L.M., Koeter, M.W., De Ridder, M.A., Stijnen, T. y Van den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *British Journal of Psychiatry*, 182, 135-40.
- Wilberg, T., Urnes, O., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G. y Karterud, S. (1999). One-year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50, 1326-1330.
- Zubin, S. y Benovitz, N.L. (1999). Drug interactions with tobacco smoking. An update. *Clinical Pharmacokinetics*, 26, 425-438.

APÉNDICE I. Contrato de mejora

Yo, R. S. me comprometo a cumplir las condiciones del presente contrato por el plazo de un mes hasta que sea revisado el próximo día dd/mm/aaaa y doy fe de poner todo mi empeño y esfuerzo en el cumplimiento del mismo,

SITUACIÓN	CONSECUENCIA	HORA	PEDIR A:
Aseado, bien vestido, duchado, cuarto arreglado	Recibirá 1 euro	Cuando baje del cuarto	Administrativo
Asistir a la asamblea	Recibirá 1 euro	10:30 horas	Administrativo
Mañana sin conductas inadecuadas (peticiones, agresiones de cualquier tipo)	Recibirá 1 euro	12:00 horas	Administrativo
Si no hubo incumplimientos durante la semana	Recibirá 5 euros	Viernes a las 10:30 horas	Administrativo
Si no he tomado café durante el día anterior	Recibiré 0,50 euros en vales y tres zumos de melocotón	10:30 horas	Terapeuta
Si se han cumplido normas de limpieza y agresividad de viernes a miércoles	Recibirá 5 euros y dos bonos de autobús a gastar exclusivamente en el CINE	miércoles a las 14:00 horas	Auxiliares
Si se han cumplido normas de limpieza y agresividad del miércoles al viernes	Recibirá 5 euros y dos bonos de autobús para el fin de semana	Viernes a las 14:00 horas	Auxiliares
Consumo de café o peticiones fuera de lugar	Perderá cinco cigarrillos del siguiente paquete		Terapeuta
Agresividad verbal	Solo recibirá medio euro al día siguiente y perderá el dinero y los bonobús para las salidas de esa semana		
Agresividad física del tipo que sea	Traslado inmediato a la séptima Tardes y fines de semana se recomendará al psiquiatra de guardia el ingreso		

Y para que conste y surta efecto lo firmo ante la presencia de mi terapeuta en _____ a _____

PACIENTE

TERAPEUTA

TESTIGO