

Tratamiento de personas mayores con trastorno de la personalidad y depresión comórbida: un acercamiento a la terapia conductual dialéctica

Thomas R. Lynch^{1,2,}, Jennifer S. Cheavens², Kelly C. Cukrowicz²,
Steven R. Thorp³, Leslie Bronner², John Beyer*

*¹Universidad de Duke, Durham, NC, ²Centro Médico de la Universidad de Duke, Durham, NC,
³Centro para el estudio de la vejez y desarrollo humano
de la Universidad de Duke, Durham, NC, ⁴San Diego Healthcare System,*

Resumen: Antecedentes e Importancia. El tratamiento de los trastornos de la personalidad en personas mayores, particularmente aquellos con otros trastornos comórbidos del Eje I (por ejemplo, Trastorno Depresivo Mayor), es un fenómeno clínico poco estudiado. También se ha demostrado que los trastornos de la personalidad complican el tratamiento de las personas mayores con otras psicopatologías, de igual modo que ocasionan mayor trastorno interpersonal y sufrimiento emocional.

Métodos

Se revisan dos estudios que utilizaron la Terapia Conductual Dialéctica (TCD) para el tratamiento de depresión y trastornos de la personalidad en personas mayores. El estudio 1 examinó 34 individuos de 60 o más años con depresión crónica que fueron aleatorizados a recibir 28 semanas de medicación antidepresiva más manejo clínico, bien sólo (MED) o con adición de entrenamiento de habilidades de TCD y sesiones programadas de entrenamiento (coaching) telefónico (MED + TCD). El estudio 2 tuvo dos fases de tratamiento: Fase I: ensayo abierto de 8 semanas con medicación antidepresiva (n=65); Fase II: 24 semanas de ensayo aleatorizado de TCD + MED versus MED sola para aquellos que prospectivamente no habían respondido a la Fase I del ensayo con medicación (n=37).

Resultados

El estudio 1 demostró que el 71% de los pacientes con MED + TCD estaba en remisión en el post-tratamiento en contraste con el 47% de los pacientes solo con MED. Esta llegó ser es una diferencia significativa a los 6 meses de seguimiento; en la que el 75% de los pacientes con MED + TCD estaban en remisión en comparación con sólo el 31% de los pacientes con MED. El estudio 2 mostró que tras 8 semanas de tratamiento solo con medicación antidepresiva (Fase I) únicamente el 14% de la muestra tenía al menos un 50% de reducción en las puntuaciones del HAM-D. Los resultados de la Fase II mostraron de media, que el grupo de MED + TCD consiguió remisión de la depresión en la valoración del post-grupo y mantuvo estas ganancias mientras que el grupo MED no alcanzó la remisión hasta la valoración en el seguimiento. Los resultados

demonstraron la superioridad del tratamiento TCD + MED en comparación con el MED solo sobre la Sensitividad Interpersonal y la Agresión Interpersonal tanto en el post-tratamiento como a los 6 meses de seguimiento.

Conclusión

Los resultados de estos dos estudios sobre el desarrollo del tratamiento indican que aplicar la TCD estándar en el tratamiento del TDM comórbido o TDM + TP en personas mayores es factible, aceptable y clínicamente prometedor. Se resumen las modificaciones de la TCD estándar y una visión general de un nuevo manual de tratamiento para esta población.

Palabras clave:
Trastorno de la personalidad (TP);
depresión; comórbido;
terapia conductual dialéctica;
etapa avanzada de la vida.

Visión general

Este artículo destaca una serie de estudios llevados a cabo para definir el tratamiento de los trastornos de la personalidad y la depresión comórbida en personas mayores. Revisaremos, específicamente, las tasas de los trastornos de la personalidad y la depresión entre las personas mayores; proporcionaremos un visión general de la teoría biosocial original del trastorno límite (*borderline*) de la personalidad (TLP, Linehan, 1996), revisaremos brevemente los resultados de los tratamientos con terapia conductual dialéctica estándar (TCD) del TLP); describiremos las consideraciones tomadas en cuenta para los diseños y los resultados de los dos ensayos de desarrollo del tratamiento con TCD estándar que dio lugar al desarrollo de un manual, basado en la TCD, para el tratamiento de los trastornos de la personalidad y la depresión en personas mayores; y presentaremos las estrategias de trata-

miento modificadas basadas en una teoría biosocial modificada para personas mayores con trastornos de la personalidad y depresión comórbida.

Tastornos dela personalidad y depresión en personas mayores

Diversos metanálisis han hallado en muestras de la comunidad una tasa de prevalencia de los trastornos de la personalidad (TPs) en personas mayores del 10-20% (Abrams y Horowitz, 1996; Abrams y Horowitz, 1999); tasas esencialmente equivalentes a las de los pacientes más jóvenes (Graham. y col. 1999). Investigaciones de corte –transversal han concluido que los pacientes de mediana edad y los personas mayores tiene tasas similares de trastornos de la personalidad, teniendo los personas mayores una menor frecuencia de TLP (véase por ejemplo Kenan y col. 2000). Estas tasas proporcionan evidencia de que los TP afectan a un número similar de personas mayores y de pacientes más jóvenes, mereciendo, por tanto, la misma investigación y atención clínica.

Además, en los personas mayores la prevalencia más alta puede estar en los Clusters A y/o C y la disfunción de la personalidad en los personas mayores puede estar infra estimada al centrarse en aquellos que cumplen todos los criterios de cualquier trastorno (Devaran y col., 2000). Recientemente, Morse y Lynch (2004) confirmaron las conclusiones de Abrams y Horowitz (1996; 1999) empleando una muestra de personas mayores con depresión; es decir, las tasas más altas de TP encontradas en este estudio estaban en los Clusters A y C.

Los criterios diagnósticos asociados a TP sugieren que los individuos con estos diagnósticos padecen alteraciones del funcionamiento cognitivo, afectivo e interpersonal (APA, 1994). Además, la comorbilidad entre el Trastorno de Depresión Mayor (TDM) y el TP en personas mayores es especialmente problemático (Thompson y col. 1988; Kunik y col., 1994; Abrams 1996). Personas mayores con un diag-

nóstico de TDM tienen más diagnósticos de TP que los personas mayores no deprimidas, especialmente los clusters A y C (*Abrams y col., 1987; Devanand y col., 1994; Agabayewa 1996; Devanand y col., 2000, Morse y Lynch, 2004*) y las estimaciones de trastornos de la personalidad comórbidos con depresiones en edades avanzadas van desde el 24% (*Kunik y col., 1994*) hasta el 61% (*Molinari y Marmion, 1995*). Generalmente la personalidad psicopatológica se ha asociado a respuestas más pobres al tratamiento (*Fioroto y col., 1990; pero no Thompson y col., 1998; Kunik y col., 1994*) y a “cronicidad” – significando recaída o estar permanentemente enfermo (*Vine y Seingart, 1994; Stek y col., 2002; Morse y Lynch, 2004*). Por consiguiente, la creciente evidencia empírica sugiere que los trastornos de la personalidad entre los personas mayores producen un incremento de los trastornos del Eje I, peores resultados de los tratamientos y un probable aumento de la recaída en la depresión tras el tratamiento.

Tratamiento de los trastornos de la personalidad y la depresión en personas mayores

Basándonos en los argumentos presentados más arriba en relación con los TP y el TDM en personas mayores, empezamos esta línea de investigación con la suposición de que los TP están presentes en la edad avanzada, son perjudiciales para muchas áreas de funcionamiento y complican la aplicación del tratamiento y la respuesta al tratamiento en las intervenciones tradicionales para el TDM en personas mayores. Al desarrollar un tratamiento para TP y TDM en personas mayores nos enfrentamos con la pregunta: ¿por qué buscarían tratamiento estos individuos para problemas de larga duración en esta etapa de sus vidas? Una posibilidad es que tal individuo haya acudido diversas veces a lo largo de su vida para tratarse de los síntomas relacionados con el TDM y el TP y aún deba encontrar un tratamiento satisfactorio. Una segunda posibilidad es que los rígidos patrones de la personalidad asociados con TP

del Cluster C no supongan un problema para un subgrupo de individuos hasta que estos entran en una fase avanzada de la vida con los consiguientes desafíos y situaciones estresantes. Por ejemplo, los teóricos han observado que, para la mayoría, los comportamientos asociados con TP se viven como compatibles con el carácter de uno (*Hirschfeld, 1993; Bailey jr., 1998*)¹ Por tanto, muchos individuos con TP pueden iniciar el tratamiento por la insistencia de terceros importantes, solo después de que sus persistentes patrones de conducta empiecen a ocasionar un malestar importante a causa de múltiples pérdidas o cambios de vida.

Es posible que personas mayores con TP sientan un malestar creciente a medida que envejecen debido a la acumulación de relaciones dañadas y otras pérdidas importantes relacionadas con conductas rígidas. A pesar de la psicopatología, los investigadores han visto que la mayoría de los personas mayores cambian de confidentes con los años debido a pérdidas por fallecimientos, discapacidad e incremento de la dependencia (*Wenger y Jerome, 1999*). Por tanto, hay pérdidas y cambios en las relaciones interpersonales asociadas con el envejecimiento independientemente de la categoría psiquiátrica y es probable que estos comportamientos estén compuestos por la presencia de TP. Adicionalmente, hay diferentes factores estresantes asociados con el envejecimiento tales como cambios en el estatus de empleo, relaciones sociales y cambios relacionados con la salud. La presencia de nuevos factores estresantes en interacción con la personalidad rígida patológica existente puede estar relacionada con un incremento del malestar y eventualmente con una participación aumentada en los servicios de tratamiento psiquiátrico. Consecuentemente, en el desarrollo de un tratamiento para el TDM y el TP comórbidos, nos sentíamos

¹Una notable excepción a esta observación es el trastorno límite de la personalidad, que se experimenta como muy problemático para el que lo padece, probablemente debido a la extrema desregulación afectiva asociada con el trastorno. Los individuos con TLP pueden buscar tratamiento más temprano en su vida debido a su propio malestar o al malestar de aquellos que le rodean a causa de comportamientos alarmantes (por ejemplo, intentos de suicidio, o autolesiones intencionales) que a menudo se asocian al TLP.

convencidos de que las personas mayores estarían adecuadamente motivadas para buscar tratamiento.

El propósito de este artículo es proporcionar una visión global de las principales modificaciones del tratamiento con terapia conductual dialéctica (TCD) para tratar a personas mayores con TP y TDM comórbidos que se han desarrollado en los últimos siete años en el Centro Médico de la Universidad de Duke (*Lynch, 2000; Lynch y col., 2002; Lynch y col., 2003; Lynch y col., comunicación personal*). Empezaremos presentando datos de dos estudios piloto que han examinado la TCD estándar en el tratamiento del TDM en personas mayores (estudio 1) y en TDM y TP comórbidos en personas mayores (estudio 2). Posteriormente expondremos las modificaciones de la TCD para esta población basadas en estos estudios.

Visión general de la teoría biosocial y la terapia conductual dialéctica

La Teoría Biosocial de Linehan (1993a) para el Trastorno Límite de la Personalidad explica la interacción entre el entorno y los factores biológicos y emocionales que se produce en pacientes con este trastorno difícil de tratar. Específicamente, esta teoría indica que los individuos con un TLP tienen predisposición biológica a la reactividad emocional y a la sensibilidad, de modo que experimentan las emociones más intensamente que otros y tiene un retorno más lento a la basal. Además, reciben retroalimentación del entorno, el cual es invalidante de su experiencia emocional. En tercer lugar, los individuos con TLP tienen dificultad para regular sus emociones cuando producen sufrimiento. De acuerdo con el desarrollo de esta teoría, Linehan creó la TCD, una teoría enfocada a los componentes de la Teoría Biosocial. Tres de los componentes principales de la TCD son la terapia individual, los grupo para habilidades y la asistencia telefónica. La terapia individual se lleva a cabo aproximadamente durante un año y empieza apuntando a la conducta amenazante para la vida (por ejemplo, suicidalidad, conducta peligrosa), a la conducta que

interfiere en la terapia (por ejemplo, pérdida de sesiones programadas, rechazo a participar en actividades del tratamiento), y a la conducta que interfiere en la calidad de vida (por ejemplo, alteraciones de la relación, problemas financieros). Individuos con una historia traumática que tienen un comportamiento estable en relación con lo anterior empezarán entonces a tratar el trauma en la segunda fase del tratamiento. El grupo para habilidades se lleva a cabo aproximadamente durante 12 meses e incluye presentaciones didácticas de módulos de habilidades que se enfocan a los déficits típicos de los pacientes con TLP (*Linehan, 1993a*). Estos cuatro módulos incluyen: conciencia plena, efectividad interpersonal, regulación de las emociones, y tolerancia al malestar. Cada módulo se presenta al menos dos veces, lo que se traduce en un año de experiencia en entrenamiento en grupo de habilidades para cada paciente. Hasta la fecha se han publicado ocho estudios clínicos aleatorizados de TCD para el tratamiento del TLP (*Linehan y col., 1991; Linehan y col., 1999; Turner 2000; Koons y col., 2001; Linehan y col., 2001, Verheul y col., 2003; Linehan y col.; en prensa*). Previamente al inicio de este programa de investigación dirigido a TDM y TP en edad avanzada descrito en este artículo, no se habían publicado estudios de TCD en personas mayores.

Desarrollo del tratamiento y resultados preliminares

Dado que la TCD incluye estrategias orientadas a lo motivacional y a las habilidades para el tratamiento tanto en formato individual como de grupo, uno de los primeros aspectos a los que debía dirigirse la aplicación de este tratamiento para trastornos en personas mayores era determinar si una estrategia enfocada hacia las habilidades sería válida y aceptable para los pacientes. Nos preocupaba específicamente la creación de un grupo para el entrenamiento de las habilidades conductuales y cognitivas. Nuestras preocupaciones en relación con esta modalidad incluyeron la buena disposición de las personas mayores para analizar sus dificultades psicológicas delante de otros (debido a sesgos actitudinales rela-

cionados con la cohorte; por ejemplo *Link y col., 1997*) y la capacidad de las personas mayores para acudir rutinariamente a un grupo con horario “fijo” que no podía reprogramarse (debido a posibles problemas de transporte). Para afrontar estos temas empezamos esta línea de investigación con un estudio diseñado para determinar si las personas mayores acudirían o no a un grupo estándar de TCD de entrenamiento de habilidades una vez por semana y emplearían las llamadas telefónicas diseñadas para diseminar las habilidades basadas en la TCD.

Estudio 1

Metodología

Participantes. La muestra de nuestro primer estudio estaba formada por 34 personas mayores de 60 años con depresión (media de edad = 66.0, DE = 50) que fueron reclutados del Centro de Investigación Clínica (CIC) para el Estudio de Depresión en Edad Avanzada en el Centro Médico de la Universidad de Duke (para detalles adicionales sobre el estudio y los participantes en el mismo véase *Lynch y col., 2003*). Para ser incluidos en el estudio los participantes debían tener una puntuación de 18 o superior en la Escala de Hamilton para la Evaluación de la Depresión (*HAM-D; Hamilton, 1960*) ó 19 ó superior en el Cuestionario de Depresión de Beck (*CDB; Beck y col., 1979*), debían estar dispuestos a tomar medicación antidepresiva y no cumplían los criterios de trastorno Bipolar.

Medidas. Escala de Hamilton para la evaluación de la depresión (*HAM-D; Hamilton, 1960*). La *HAM-D* es una entrevista de 17 puntos sobre los síntomas de la depresión y aspectos asociados. Las *HAM-D* fueron realizadas por dos estudiantes del doctorado en psicología y asistentes en investigación sin graduación que previamente habían recibido al menos diez horas de entrenamiento. La *HAM-D* incluye puntos relacionados con los síntomas de depresión y aspectos asociados.

Cuestionario de Depresión de Beck (*CDB*). El *CDB* es un cuestionario de auto evaluación de 21 puntos que se empleó para valorar la presencia de síntomas depresivos en las dos semanas previas. Aunque el *CDB* no es un indicador del síndrome clínico completo de depresión, proporciona estimaciones adecuadas fiables y ha sido validada como una medida de la sintomatología depresiva (para su revisión véase *Beck y Steer, 1987*).

Diseño

Los participantes fueron asignados aleatoriamente a recibir medición antidepresiva durante 28 semanas bien sola (*MED*), bien en combinación con grupos de entrenamiento de habilidades de TCD estándar y sesiones de asesoramiento telefónico de 30 minutos programadas semanalmente (*MED + TCD*). Los participantes no recibieron terapia individual presencial. Los grupos de entrenamiento de habilidades de la TCD consistieron en dos presentaciones de una secuencia de 14 semanas de las habilidades de la TCD. Los líderes de los grupos de habilidades eran dos estudiantes del doctorado de psicología clínica, un terapeuta de nivel MA, dos psicólogos clínicos internos y un doctor en psicología clínica. Se proporcionó a todos los participantes asesoramiento sobre el antidepresivo elegido por el psiquiatra mediante un consejo asesor de psiquiatras para el componente médico del tratamiento.

Resultados

El setenta y uno por ciento de los pacientes con *MED + TCD* estaban en remisión en el post tratamiento (es decir, con una puntuación en el *CDB* ≤ 9 o puntuación en el *HAM-D* ≤ 7) en comparación con el 47% de los pacientes con *MED*. Esta tendencia alcanzó significancia a los seis meses de seguimiento con un 75% de los pacientes *MED+TCD* en remisión en comparación con sólo un 31% de los pacientes con *MED*. Calculamos las estimaciones del tamaño del efecto para las principales variables de interés en este estudio. La estimación del tamaño del efecto para las diferencias de grupos post tratamiento fueron pequeñas ($d = 0,14$ para las puntuaciones de

HAM-D y $d=0,39$ para las puntuaciones de CDB) aún así prometedoras dada la naturaleza exploratoria del trabajo y la poderosa naturaleza de la condición de comparación.

Conclusiones

Nos animó encontrar diferencias que indican que potenciar el tratamiento médico del TDM con TCD conseguía mejores resultados. Es de destacar que nuestro objetivo principal en este estudio era determinar la viabilidad de un grupo de intervención con una orientación a las habilidades. Basados en la tasa de abandonos en el grupo MED+TCD ($n=1$; $n=0$ para MED) y en informes anecdóticos de pacientes en este estado, nos parece que este formato de tratamiento es viable y aceptable para personas mayores con TDM. Estos datos nos llevaron a realizar la segunda fase del Estudio 1 diseñado para aplicar la TCD estándar (tanto de forma individual como en grupos) en personas mayores con TDM y trastorno de la personalidad con el objetivo de modificar la TCD estándar y crear un manual acerca de la nueva estrategia de tratamiento diseñada específicamente para esta población.

Estudio 2

Objetivo

En el Estudio 2, empezamos realizando TCD estándar (tanto en sesiones de grupo como individuales siguiendo el manual de *Linehan [1993a, 1993b]*) con personas mayores deprimidas con al menos un trastorno de la personalidad comórbido.

Metodología

Participantes

Los participantes en este estudio fueron reclutados por medio de anuncios en periódicos, folletos y dípticos informativos, de otros estudios de investigación en Duke y de un grupo de antiguos pacientes. Para ser elegible como participante en el estudio, se requería tener

55 años o más, cumplir con los criterios de al menos un trastorno de la personalidad y una puntuación de 14 o más en la Escala de Evaluación de la Depresión de Hamilton (*HAM-D; Hamilton; 1960*). Los criterios de exclusión comprendían el diagnóstico de trastorno bipolar, síntomas de psicosis en el periodo de reclutamiento, terapia electroconvulsiva (TEC) en el momento del reclutamiento, o signos de deterioro cognitivo evidenciado por puntuaciones de 25 o menos en el Mini Examen del Estado Mental (*Mini Mental State Exam; Folstein y col., 1975*).

Los participantes participaron en dos fases de tratamiento para este estudio. Fase I: ensayo de 8 semanas de duración; Fase II: ensayo aleatorizado de 24 semanas de TCD + MED versus MED sola para aquellos que prospectivamente fracasaron en la respuesta a la medicación en la fase I del ensayo con medicación. De los 116 que se cribaron para la fase I, 55 o bien no fueron seleccionables para el estudio, o bien declinaron participar o bien abandonaron durante la fase inicial del ensayo con medicación de 8 semanas lo que resultó en una muestra de 65 participantes para la Fase I. La información demográfica de estos pacientes se presenta en la Tabla 1. De los 65 participantes en la Fase I, 13 experimentaron remisión de los síntomas depresivos durante el ensayo con medicación y 15 abandonaron durante la fase de tratamiento. Por tanto, 37 individuos fueron aleatorizados y completaron el ensayo. De estos 37, dos fueron excluidos del análisis debido a errores en la aleatorización (aleatorizados a tratamiento a pesar de la remisión de la depresión). Véase la Tabla 2 para la información demográfica de los 35 participantes incluidos en la Fase II.

Medidas

Escala de Hamilton para la depresión (HAM-D; Hamilton, 1960) Véase Estudio 1.

Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad tipo IV (SCID-II). El SCID-II (*First y col., 1997*) se usó para valorar aspectos del diagnóstico de trastorno de la personalidad de la muestra. Al finalizar esta medida, los participantes respondieron

primero a un cuestionario de 119 puntos respondiendo “si o no” a preguntas relacionadas con síntomas específicos de cada trastorno de la personalidad. Tras completar el cuestionario, un asesor entrenado realizaba una entrevista al sujeto. Dado que los estudios sugirieron una baja tasa de falsos negativos para puntos individuales no presentes en el SCID-II, esta entrevista consistía en una mayor evaluación de los puntos a los cuales el sujeto contestaba afirmativamente en el cuestionario. Este proceso de dos pasos es un método común para la valoración del diagnóstico del trastorno de la personalidad (Jacobsberg y col. 1995).

*Inventario de problemas interpersonales –
Trastornos de la personalidad
(IIP-PD; Pilkonis y col., 1996).*

Este estudio utilizó la versión de 47 puntos desarrollada por Pilkonis y colaboradores el cual distingue entre individuos con y sin trastornos de la personalidad. El análisis de factores ha revelado cinco subescalas: Sensitividad Interpersonal, Ambivalencia Interperso-

nal, Agresión, Necesidad de Reconocimiento Social y Falta de Sociabilidad. El IIP-PD está diseñado para proporcionar una medida continua de la personalidad patológica y por ello tiene más probabilidad que el SID-II de ser adecuado para las técnicas de modelo estadístico.

Diseño del estudio

Fase I: la primera fase de este estudio consistió en un ensayo con medicación estándar. Los pacientes recibieron el Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (ISRS) elegido por el psiquiatra; incluidos paroxetina, paroxetina CR, sertralina o fluoxetina) además de manejo clínico durante 8 semanas. Las medicaciones las prescribieron un consejo de psiquiatras que realizaron visitas mensuales para valorar la respuesta al tratamiento, monitorizar los efectos adversos y ajustar la dosis en caso necesario. Se obtuvieron las puntuaciones del HAM-D de todos los participantes dos veces al mes para observar los síntomas de depresión mayor. Otras medidas de valoración se obtuvieron una vez al mes. Se consideraba a los pacientes en remisión si su

Tabla 1. Información demográfica de los que completaron la fase I del Estudio 2

Variable	Valor de la muestra
Rango de edad, años	54-75 (M: 60,92, SD: 5,11)
Sexo (mujer, n)	30(46,2%)
Educación, años	10-23 (M: 15,84, SD: 2,99)
Ingresos en el hogar	
0-10.000 \$	6 (9,4%)
10.001-20.000 \$	8 (12,5%)
20.001-30.000 \$	5 (7,8%)
30.001-40.000 \$	8 (12,5%)
40.001-50.000 \$	4 (6,3%)
mas de 50.000 \$	22 (34,3%)
Desconocido	12 (17,2%)
Estado civil	
Casado	34 (52,3%)
Separado/divorciado	18 (27,7%)
Soltero	7 (10,8%)
Vive en pareja	3 (4,6%)
Viudo (a)	3 (4,6%)
Etnia	
Caucásico	57 (87,7%)
Afroamericano	7 (10,8%)
Asiático	1(1,5%)

Tabla 2. Información demográfica de los que completaron la fase II del Estudio 2

Variable	Valor de la muestra
Rango de edad, años	54-75 (M: 61,40, SD: 5,42)
Sexo (mujer, n)	16 (45,7%)
Educación, años	11-23 (M: 16,51, SD: 2,89)
Ingresos en el hogar	
0-10.000 \$	3 (8,6%)
10.001-20.000 \$	4 (11,4%)
20.001-30.000 \$	2 (5,7%)
30.001-40.000 \$	6 (17,1%)
40.001-50.000 \$	3 (8,6%)
mas de 50.000 \$	15 (42,9%)
Desconocido	2 (5,7%)
Estado civil	
Casado	16 (45,7%)
Separado/divorciado	12 (34,3%)
Soltero	3 (8,6%)
Vive en pareja	2 (5,7%)
Viudo (a)	2 (5,7%)
Etnia	
Caucásico	30 (85,7%)
Afroamericano	4 (11,4%)
Asiático	1(2,9%)

puntuación de HAM-D al finalizar las 8 semanas era 10 o menor. Aquellos que estaban en remisión discontinuaron el estudio y los restantes participantes fueron aleatorizados y participaron en la siguiente fase del estudio. Por tanto, aquellos que continuaron a la fase 2 no habían respondido completamente a la medicación estándar del ensayo.

Fase II

Todos los participantes continuaron con la medicación antidepresiva usando un algoritmo que incluía tres fases potenciales de cambio de medicación diseñadas a maximizar la respuesta al tratamiento de la medicación antidepresiva. Los participantes fueron aleatorizados a 24 semanas de medicación sola (MED) o a medicación más TCD (MED + TCD). La TCD + MED consistió en sesiones de grupos de TCD de entrenamiento de habilidades más 24 sesiones de TCD individuales. Manteniendo el estándar de la práctica clínica, se permitió a los terapeutas extender el periodo de tiempo entre las sesiones individuales hacia el final del tratamiento (es decir acortarlo) pero se les pidió que finalizaran todos los tratamientos individuales a las 30 semanas de haber finalizado la fase I de medicación. En ambas condiciones, no se controló la medicación después de la semana 24 y no se controló el tratamiento tras la semana 30. Además de las valoraciones a lo largo del curso del tratamiento, se obtuvieron datos del seguimiento hasta seis meses después del final de la semana 30.

Resultados

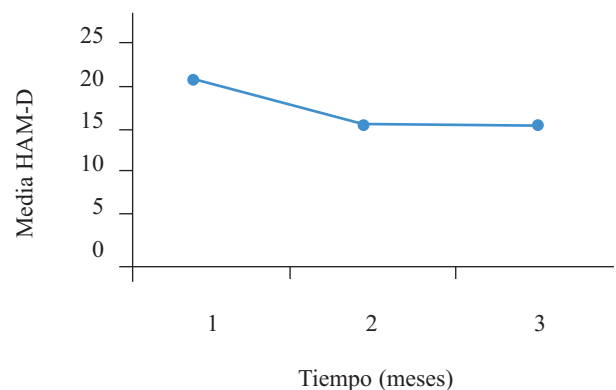
Fase I

Las puntuaciones medias de las HAM-D decrecieron desde el 20.45 en la basal hasta el 14.73 y el 14.87 a las 4 y las 8 semanas respectivamente (véase Fig. 1). Las puntuaciones del HAM-D o no cambiaron o aumentaron para 7 de los 65 participantes (10,8%) en la fase 1 de 8 semanas de duración. El 14% de la muestra respondió al tratamiento (definida como un descenso del 50% o mayor en las puntuaciones

del HAM-D) y un 12% estaban en remisión (definida como una puntuación del HAM-D de 10 ó menos) al final de las 8 semanas. Los moderadores de la respuesta al tratamiento fueron examinados para determinar si afectaban a los cambios en las puntuaciones del HAM-D. Cuando se examinó el cambio medio en el HAM-D según el estatus de relación, se observó una diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.025$). Los participantes que estaban casados o cohabitaban con una pareja tenían un cambio de 8.66 en el HAM-D en comparación con un cambio de 5.06 en el HAM-D de aquellos que eran divorciados, separados, viudos o solteros. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, no hubo diferencias en el número de trastornos del Eje I comórbidos (0 vs. 1 ó 2), en la edad del primer episodio depresivo (< 40 años vs. ≥ 40 años), en el número de episodios depresivos ($2 \leq$ vs. > 2) o en el uso previo de antidepresivos (≤ 1 antidepresivo vs. > 1 antidepresivo).

Figura 1. Fase I

Media de las puntuaciones del HAM-D durante el ensayo de 8 semanas con medicación



Fase II

Plan Analítico de Datos. Hubo cinco momentos de recogida de datos a lo largo del curso del estudio. El primero (inclusión) tuvo lugar antes del ensayo con medicación; el segundo (pre-aleatorización) se llevó a

cabo tras el ensayo con medicación / antes de la aleatorización; el tercero (post-grupo) se realizó seis meses después de la randomización, correspondiendo con el final de la terapia de grupo para aquellos en el grupo de TCD; el cuarto (post-tratamiento) se produjo nueve meses después de la randomización correspondiendo con el final del tratamiento TCD y/o el final del estudio relacionado la con medicación; el quinto periodo de valoración (seguimiento) se produjo 15 meses después de la aleatorización y seis meses tras la valoración post-tratamiento.

El paso inicial en el plan analítico de datos fue examinar las variables para identificar potenciales valores atípicos, coeficientes de asimetría, curtosis y otras violaciones de las suposiciones estadísticas. Las puntuaciones HAM-D mostraron asimetrías y curtosis significativas en la valoración del post tratamiento. Por consiguiente realizamos transformaciones a raíz cuadrada de esta variable lo que dio como resultado una distribución normal. Usamos transformaciones a raíces cuadradas de las puntuaciones de HAM-D en todos los momentos de valoración. Las medias y las desviaciones estándar para esta variable se muestran en la escala original para facilitar la interpretación.

Cambios en la medicación

El régimen de medicación usado en este estudio se diseñó para reflejar adecuadamente la práctica psiquiátrica en el tratamiento del TDM en personas mayores. Para ello, los psiquiatras tenían la libertad de cambiar la medicación tan a menudo como sintieran que era necesario y útil a lo largo del curso del tratamiento. Los cambios de tratamiento a lo largo del curso del estudio estuvieron entre 1 y 6 ($M = 3.09$, $DE = 1.01$; observe que esto no refleja los cambios de dosis). No hubo diferencias significativas en los cambios entre los grupos MED ($M = 3.36$ $DE = 0.84$) y TCD+MED ($M = 2.89$, $DE = 1.1$), $r(31) = 0.131$, $p = 0.20$. El número de cambios de medicación en el estudio no se correlacionó significativamente con la edad, los episodios depresivos previos, el número de medicamentos probados antes de la inclusión o la edad del primer episodio depresivo.

Adicionalmente, el número de cambios de medicación no se asoció estadísticamente con el HAM-D o el IIP-PD en la inclusión o en la aleatorización. La única asociación significativa fue la del número de cambios de medicación y las puntuaciones del HAM-D en el post-grupo (6 meses después de la aleatorización), $r = 0.51$, $p = 0.004$.

Síntomas depresivos

Los síntomas depresivos se valoraron usando la HAM-D en cinco momentos del estudio. Con el objetivo de valorar el impacto y la promesa en la medicación complementada con psicoterapia a largo plazo en personas mayores con TDM y TP los momentos de interés en el curso del estudio son el post-grupo, el post-tratamiento y el seguimiento. Los resultados de los test de la t independientes indicaron que no había diferencias estadísticamente significativas entre los grupos MED y TCD + MED en el post-grupo [$r(29) = 0.84$, $p = 0.41$], post-tratamiento [$r(30) = 0.45$, $p = 0.65$] o el seguimiento [$r(29) = 0.57$, $p = 0.57$]. Las medias, desviaciones estándar y las magnitudes del efecto para las comparaciones de interés fueron desde pequeños a medianos,

Figura 2. Grupos según el momento de valoración de las puntuaciones HAM-D

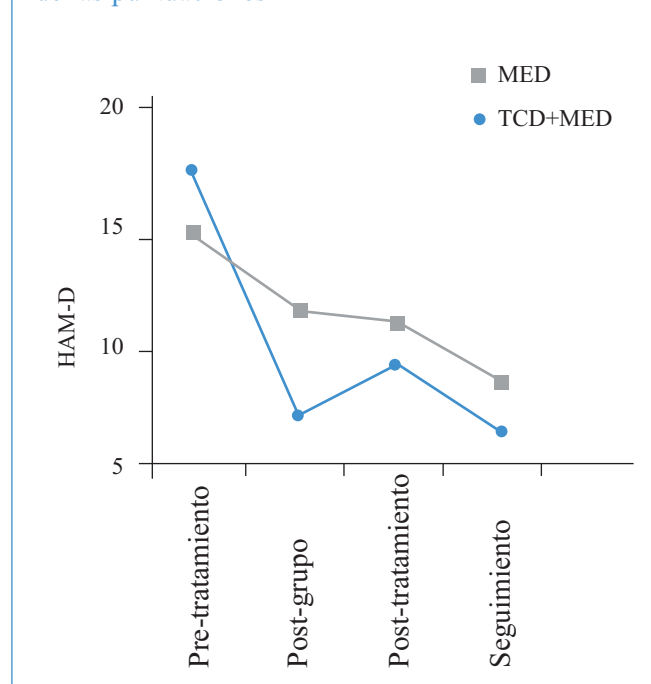


Fig. 2 Reducción de los síntomas depresivos por grupos

con una mayor magnitud del efecto en la valoración del post-tratamiento. Otra manera de valorar la promesa para el tratamiento es examinar la remisión y el tiempo hasta la remisión. En este estudio la remisión de los síntomas depresivos se definió como una puntuación de 10 o menor en la HAM-D. Como puede verse en la Figura 2, hay alguna evidencia de que, aunque no hay diferencias significativas en las medias en ningún momento, el grupo con TCD + MED alcanzó el nivel de remisión más rápidamente que el grupo MED. Esta tendencia se prolongó en la valoración post-tratamiento en la que el 60% del grupo TCD+MED alcanzó el nivel de remisión en comparación con el 50% del grupo MED. Estas diferencias se redujeron durante el periodo de tratamiento en que el 59% del grupo TCD + MED y el 64% del grupo MED estaban en remisión. De hecho, tal como muestra la Figura 2, el grupo TCD + MED alcanzó de media el nivel de remisión en la valoración post-grupo y mantuvo estas ganancias mientras el grupo MED no alcanzó el nivel de remisión, de media, hasta la valoración durante el seguimiento.

Trastornos de la personalidad

Los trastornos de la personalidad se valoraron de dos maneras. El primer método por el que se valoraron los TP fue el de la entrevista estructurada (SCID-II). El SCID-II se realizó en la inclusión y otra vez en la valoración del post-grupo. La Tabla 4 muestra el número de participantes de cada grupo que cumplían los criterios de cada TP en ambos momentos del ensayo. Como se puede ver en la tabla, 16 de 45 casos de TP remitieron durante el curso del tratamiento (MED = 7, TCD + MED = 9). Otro método empleado para valorar la personalidad patológica fue el IIP-TP. Como se describe en la sección de Métodos de este artículo, el IIP-TP tiene

cinco subescalas diseñadas para valorar las diferentes áreas del TP. Utilizando el Análisis de Varianza (ANOVA) hubo diferencias estadísticamente significativas en la Sensitividad Interpersonal entre los grupos MED y TCD + MED en el post-tratamiento (MED = 21.30, TCD + MED = 14.37) $p < 0,05$ y en el seguimiento (MED = 19.54, TCD+MED = 14.79), $p < 0.05$. También hubo diferencias estadísticamente significativas entre los grupos en la Agresión Interpersonal en el post-tratamiento (MED = 7.83, TCD + MED = 2.92), $p < 0.05$ y en el seguimiento (MED = 9.00, TCD + MED = 4.87), $p < 0.05$. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre MED y TCD + MED en la Falta de Sociabilidad, la Necesidad de Reconocimiento o la Ambivalencia Interpersonal en el post-grupo, el post-tratamiento o las valoraciones de seguimiento.

Conclusiones

Estos resultados indican que la aplicación de la TCD estándar para el tratamiento de TDM y TP comórbidos en personas mayores es prometedora. Concretamente, estos resultados indican que TCD + MED proporciona mayores tasas de remisión de depresión en el post tratamiento y en el seguimiento que MED sola y una remisión más rápida de los síntomas depresivos (es decir, en el post tratamiento para TCD + MED en comparación con el seguimiento para MED). Además, en el post tratamiento y el seguimiento, los participantes en TCD + MED tenían una menor sensibilidad y agresión interpersonal que aquellos con MED sola. Tal como se ha mencionado, el objetivo de este segundo Estadio 1a del estudio no era solo la obtención de experiencia clínica con personas mayo-

Tabla 3. Medias y DE de las medidas de los resultados según el momento de la valoración

	TCD+MED	MED	<i>d</i> de Cohen
HAM-D			
Pre-aleatorización	17,37 (5,05), n= 21	15,28 (4,44), n= 14	
Post-grupo	7,88 (4,35), n = 21	11,26 (9,22), n= 10	0,49
Post-tratamiento	8,53 (4,62), n= 20	10,73 (8,37), n= 12	0,34
Seguimiento	6,82 (4,38), n= 17	8,56 (7,23), n= 14	0,30

res con TDM + TP si no también modificar la TCD estándar y desarrollar un nuevo manual de tratamiento para esta población.

Adaptación de la TCD en pacientes mayores con depresión y trastornos de personalidad

El proceso de extender la TCD estándar para el tratamiento de TP y TDM en personas mayores ha seguido las directrices principales de la NIH para la creación de nuevos tratamientos conductuales (*Onken y col., 1997; Linehan, 1999; Rounsaville y Carroll, 2001*). Estas directrices incluyen los tres estadios distintos sugeridos para desarrollar una nueva estrategia. El Estadio 1a se centra en desarrollar los protocolos, en obtener respuesta (*feedback*) de los grupos de discusión para pacientes en relación con la aceptabilidad de los nuevos protocolos, el desarrollo y la elección de las medidas de los resultados y en la creación de un manual de tratamiento. El estadio 1a también puede incluir ensayos abiertos durante los cuales se modifica el nuevo tratamiento en un proceso repetitivo basado en la respuesta del paciente. El estadio 1b incluye más modificaciones del tratamiento, normalmente por medio de un pequeño ensayo clínico ($n = 20$ o similar) aleatorizado, el objetivo del cual es obtener estimaciones de la

magnitud estable del efecto las cuales son usadas para los cálculos de la potencia para informar de la eficacia final de un ensayo. El estadio 2 implica la validación del tratamiento y testar la eficacia del tratamiento por medio de un ensayo clínico aleatorizado bien controlado. El estadio 3 incluye estudios que examinen la aplicación del nuevo tratamiento en centros de servicios comunitarios. El trabajo realizado hasta la fecha en TCD para personas mayores con TDM y TP comórbido incluye el estadio 1a y 1b. Como se ha informado previamente, los resultados de los estadios 1a de los estudios de indican que la TCD es un tratamiento prometedor para esta población. Basándonos en esta investigación, nosotros hemos modificado la TCD estándar para esta población. En parte, esto se consiguió mediante reuniones semanales del equipo de trabajo que incluyeron discusiones en relación a como estaban respondiendo los pacientes a la TCD estándar, discusiones sobre literatura relevante y hallazgos de investigaciones que examinaron potenciales mediadores/moderadores del tratamiento (*Lynch y col., 2006; Lynch y col., 2004, Roshental y col., 2005*) y los grupos de discusión diseñados para obtener información de los pacientes en relación con la aceptabilidad y la credibilidad de la intervención. Las secciones siguientes presentan una visión global del manual adaptado para TCD^{D+TP} creado a partir de esta investigación. El próximo paso en el desarrollo del tratamiento será testar este manual en un Estadio 1b de ensayo aleatorizado para

Tabla 4. Número de participantes por grupo que cumplían criterios para trastorno de la personalidad en ambos momentos de tiempo

	MED			TCD+MED		
	Inclusión n = 14	Post-grupo n = 7	Remisión 1= n/n y 0 = 1	Inclusión n = 21	Post-grupo n = 13	Remisión 1= n/n y 0 = 1
TP evitación	3	0	2	7	2	4
TP dependiente	0	0	n/a	0	0	n/a
TOC	9	3	2	11	3	4
Paranoide	2	0	0	1	0	0
Esquizotipo	0	0	1	0	0	0
Esquizoide	1	0	0	0	0	n/a
Histriónico	0	0	n/a	0	0	n/a
Narcisista	1	0	1	0	0	0
TBP	3	0	3	4	1	1
TPAntisocial	0	0	n/a	1	0	0

determinar la aceptabilidad, la viabilidad y la tolerabilidad para pacientes y terapeutas de este nuevo tratamiento protocolizado y obtener estimaciones de la magnitud del efecto para un posterior ensayo completo de eficacia.

Aunque mucha de la terapia TCD estándar es aplicable a personas mayores con TPs, la teoría biosocial que forma las bases teóricas de la TCD estándar estaba diseñada para ser aplicada específicamente al trastorno límite de la personalidad (TLP). Por tanto, para esta adaptación debía modificarse la teoría biosocial de manera que respondiera al hecho de que es menos probable que la desregulación emocional en personas mayores sea un problema relevante como lo es para los pacientes jóvenes con TLP (p. ej. Diener y col., 1985; Lawton y col., 1992; Gross y col., 1997; McConatha y Huba, 1999). De hecho, hay alguna evidencia de que el proceso de envejecimiento se asocia con experiencias emocionales menos intensas y una reactividad emocional reducida (p. ej. Barrick y col., 1989; Lawton y col., 1992). Es posible que estos hallazgos pueden explicar, al menos parcialmente, una tasas más altas de trastornos de personalidad en los Clusters A y C en personas mayores. Hasta este punto, consideramos una hipótesis de retroalimentación del entorno que conceptualiza la personalidad patológica en las personas mayores como algo que se exacerba por el refuerzo de hábitos de mala adaptación y/o la evitación de retroalimentación aversiva o de desaprobación (Lynch y Morse, 2000). Por tanto, comportamientos llamativos que son constantemente desaprobados por el entorno tendrían mayor probabilidad de ser eliminados del repertorio de conductas a una edad más temprana debido a la retroalimentación del entorno. Por ejemplo, la auto agresión (un síntoma de TLP) puede estar causada por un feedback social negativo en la gran mayoría de los contextos del entorno y consecuentemente esta respuesta conductual tiene mayor probabilidad de ser eliminado lentamente del repertorio de una persona (Morse y Lynch, 2000). Además, los comportamientos reforzados por el entorno (o simultáneamente reforzados y castigados por diferentes entornos contextuales) tendrían mayor probabilidad de mantenerse a una mayor edad. Por ejemplo, un pacien-

te con un trastorno obsesivo compulsivo (TOC) puede ser favorecido por un *feedback* ocupacional que apoya su comportamiento rígido y orientado al detalle y puede no descubrir que este comportamiento rígido es problemático hasta que cambios en el entorno (p. ej., cambio de estatus laboral) alteran los beneficios asociados a este comportamiento. Una segunda observación basada tanto en el trabajo empírico de otros como en nuestra propia experiencia con esta población es que la naturaleza y calidad (aunque no necesariamente la cantidad) de factores estresante cambia con la edad (Perlin y Skaff, 1996). Por ejemplo, muchos adultos mayores diagnosticados de trastorno de personalidad que acudían para ser tratados se estaban enfrentando a dificultades para aceptar cambios en sus entornos (p. ej. soledad tras la marcha de los hijos, adaptación a la jubilación). Por tanto, uno de nuestros objetivos en la adaptación de la TCD para personas mayores con TDM y TP era tener en cuenta las experiencias vitales significativas de los participantes.

Un nuevo modelo dialéctico para el tratamiento de personas mayores con trastornos de la personalidad

En base a los resultados de los Estudios 1 y 2, hemos modificado la teoría biosocial original para el TLP para responder a la mayor prevalencia de los trastornos en los Clusters A y C en comparación con el Cluster B, en personas mayores. De forma similar, nosotros deseábamos incluir las observaciones clínicas y empíricas de que las personas mayores con TP y TDM tienden a ser menos abiertas a nuevas experiencias y excesivamente rígidas en comportamientos y procesos mentales en comparación con adultos mayores sin TP y con adultos más jóvenes con TP. Esta perspectiva teórica modificada mantiene la naturaleza dialéctica de la TCD en la que nosotros proponemos que la interacción entre una predisposición biológica para una afectividad negativa y el feedback del entorno que desaprueba o aprueba el estilo individual de respuesta emocional produce un patrón rígido de afrontamiento maladaptativo que con el tiempo ocasiona un trastorno de la perso-

nalidad. En el contexto de una teoría biosocial, el feedback del entorno es el proceso etiológico mediador socialmente crítico, mientras se cree que la afectividad negativa es el factor biológico clave.

Desde la perspectiva dialéctica, nosotros teorizamos que los adultos mayores con TP desarrollan problemas de personalidad mediante una interacción de la disposición biológica para la afectividad negativa con un feedback del entorno (desaprobación de respuestas naturales y/o confirmación de respuestas maladaptativas de evitación; *Lineham y col.*, comunicación personal) que ocasiona una manera de responder generalizada, rígida y maladaptativa. Con el tiempo, el estilo maladaptativo de afrontamiento de las emociones negativas y el *feedback* del entorno se repite y refuerza intermitentemente ya sea por reducciones temporales de provocaciones aversivas o por apoyo del entorno (p. ej. seguridad en el trabajo, incremento del amparo) y consecuentemente llega a ser más rígido y difícil de cambiar. Por supuesto, los TP en personas mayores son extremadamente difíciles de tratar dado que, típicamente, los comportamientos inadaptados han formado parte del repertorio del comportamiento del paciente durante décadas.

La TCD^{D+TP} es un nuevo modelo de tratamiento que sintetiza déficits de habilidades de conducta y déficits en flexibilidad de conducta (respuestas excesivamente rígidas, perfeccionismo, dificultades interpersonales, conducta de evitación, aislamiento) teorizando que: (1) pacientes mayores con disfunciones de conducta secundaria a personalidad psicológica carecen de habilidades interpersonales importantes, de habilidades de auto regulación (incluyendo regulación de la emoción) y de habilidades de aceptación; y (2) factores personales y del entorno inhiben el uso flexible de habilidades de conducta de afrontamiento que el individuo tiene y a menudo refuerzan un patrón de conducta disfuncional. La tensión entre estos dos modelos, déficit de habilidades (es decir, el individuo no tiene las habilidades necesarias) versus déficit de flexibilidad (es decir, el individuo tienen las habilidades necesarias pero no está

abierto a usarlas en nuevos contextos), es uno de los desafíos más difíciles cuando se trabaja con personas mayores con TP. Es más probable que el cambio terapéutico se produzca si el terapeuta puede enfocar este dilema dialéctico con estrategias no confrontacionales y comunicando con el paciente y comprendiendo lo difícil que es cambiar para ellos, al tiempo que se les anima a usar las nuevas habilidades.

La TCD^{D+TP} pretende sintetizar diversas dicotomías. El tratamiento requiere por una parte, el compromiso, la responsabilidad del paciente, la confrontación y el aprendizaje de nuevas habilidades y por otra parte, concentra una considerable energía terapéutica en aceptar y validar la condición actual del paciente. Las contingencias terapéuticas que refuerzan las conductas funcionales y eliminan o penalizan las conductas disfuncionales se equilibran con los esfuerzos que pretenden aumentar la capacidad del paciente para llevar a cabo más conductas adaptativas. La confrontación y/o desaprobación de hábitos maladaptativos se equilibra con el apoyo y el cariño. La tarea terapéutica completa a lo largo del tiempo es equilibrar este esfuerzo en la aceptación con el correspondiente esfuerzo en el cambio.

Nuevas habilidades y estrategias de tratamientos con TCD^{D+TP}

Tal como la TCD estándar, la TCD^{D+TP} emplea diversos modos de intervenciones para mejorar el aprendizaje, incluyendo, grupos de interacciones, entrenamiento de habilidades didácticas, juegos de simulación (*role-play*), contactos telefónicos (para generalización de las habilidades) y monitorización diaria tanto de habilidades como de problemas de conducta. Investigadores de la conducta geriátrica han enfatizado la importancia de las modificaciones específicas del tratamiento para los personas mayores, incluyendo el entrenamiento multi-modal, la ayuda de memoria, las estrategias diseñadas para controlar la atención, la planificación para la generalización de la habilidad y la conciencia interdiscipli-

nar (Zeiss y Lewinshon, 1986; Hibbard y col., 1990; Zeiss y Breckenridge, 1997), siendo todos ellos elementos centrales de la TCD^{D+TP}.

Por tanto, adicionalmente a las influencias de nuestro trabajo previo y el trabajo de Linehan (1993a, 1993b) el desarrollo del manual estaba fuertemente influenciado por estudios de intervención previos con personas mayores que presentaban diversas anomalías psicológicas. Además, para asegurar que este tratamiento incluye aspectos para pacientes con diferentes TP, el manual revisado incluye ejemplos para participantes con diferentes TP (p. ej. distorsiones cognitivas, y patrones de conducta de evitación típicos de los trastorno del Cluster A, conducta impulsiva y descontrol emocional del Cluster B y cogniciones maladaptativas de ansiedad y patrones de conducta rígidos para trastornos del Cluster C). Además, el manual proporciona unas guías flexibles para responder a las diversas necesidades de los participantes en diferentes momentos del tratamiento (es decir, conducta amenazadora para la vida, interferencia en el tratamiento, calidad de vida, etc.). Es de destacar que, dada la alta tasa de suicidio en personas mayores, en el manual se han mantenido los componentes originales del tratamiento dirigidos a la conducta suicida (esto es, conducta que interfiere en la priorización jerárquica de la vida, módulo de tolerancia al sufrimiento).

Adicionalmente a las estrategias de la TCD estándar que incluyen atención sobre la regulación de la emoción, la efectividad interpersonal, la activación conductual, la acción opuesta a la acción de impulso emotivo y estrategias para reducir la conducta suicida, la TCD^{D+TP} tiene diversas habilidades y estrategias de tratamiento nuevas. Para aumentar la TCD estándar, nosotros creamos nuevas estrategias para tratar una mayor rigidez y desesperación entre las personas mayores con TP en comparación con personas más jóvenes con TLP. La rigidez se define como la resistencia a cambiar las creencias, actitudes o hábitos personales y puede dividirse en componentes cognitivos y conductuales (Rokeach, 1960; Schuktz y Searleman, 2002). Una baja receptividad a la experiencia, una construc-

ción relacionada, se ha asociado con depresión y con suicidios en personas mayores (Duberstein y col., 1994; 2000). Adicionalmente, la rigidez se ha relacionado con peores pronóstico (Ehrlich y Bauer, 1966) y resultados del tratamiento (Ogrodniczuk y col., 2002, 2003). Apuntar a la rigidez en personas mayores con TP es importante por diversas razones. Primero, hay evidencias de que la flexibilidad cognitiva y la receptividad a la experiencia decrece con la edad tras alcanzar un punto alto en la mitad de la adultez (Labouvie-Vief y col., 2000; Schaie y col., 2004). Segundo, la rigidez es un componente clave en los trastornos de la personalidad más prevalentes de los Cluster A y C en personas mayores, tales como el TDM. De hecho, se podría argumentar que la rigidez es el síntoma estrella del TOC, un TP frecuente en muestras de personas mayores.

Consecuentemente, la TCD^{D+TP} se centra en diversas habilidades diseñadas para maximizar la receptividad a una nueva experiencia. Por ejemplo, basándonos en sesiones de grupos e interacciones entre participantes hemos identificado mitos comunes o creencias que tienen con frecuencia las personas mayores con TP y usan la reestructuración cognitiva para desafiar estos mitos como parte del entrenamiento de habilidades. Otra manera que hemos incorporado al tratar la rigidez es cambiar la emoción mente/razonable mente dialéctica a una mente/nueva mente dialéctica fija. En la TCD tradicional para TLP los polos opuestos de una mente razonable (es decir, lógica, calmada, modo de proceder basado en hechos) y mente emocional (es decir, sentimiento, pasión, modo de proceder basado en emociones) se contrastan el uno con el otro. Entonces se les pide a los individuos con TLP que busquen la verdad y el valor en ambos polos y que resuelvan la tensión dialectal con una mente sensata (esto es, con la síntesis de ambos polos; para una descripción más detallada véase Linehan 1993a, b). Basándonos en nuestra experiencia y en la investigación existente acerca de TDM y TP en personas mayores, hemos observado que los dialécticos fijos/nuevos reflejan mejor los procesos psicológicos que se cree subyacen a la presentación de un TP en personas mayores. Así, nosotros les pedimos a nues-

tras personas mayores que liberen la rigidez sintetizando la información que han reunido a lo largo de la vida con la nueva información que está disponible en sus entornos actuales.

Además, la TCD^{D+TP} enseña habilidades específicas para crear significado a lo largo de la vida. Se ha teorizado ampliamente que revisar y dar sentido a experiencias pasadas es un importante hito para el desarrollo (*Butler, 1963; Webster y Cappeliez, 1993; Erikson y Ericsson, 1997; Staudinger y Pasupathi, 2000*) que se produce a edades avanzadas. Adicionalmente, hay evidencia de que las personas mayores tienden a regular la emoción en mayor grado que los adultos más jóvenes utilizando el hablar del pasado y experimentando mayores emociones positivas al analizar el pasado (*Pasupathi y Carstensen, 2003*). Por tanto, la TCD^{D+TP} enseña habilidades asociadas con la adaptación al objetivo y una aceptación exitosa de las dificultades de la vida en edades avanzadas (*Folkman y col., 1987; Meeks y col. 1989*) para personas mayores que están “atrapados” en eventos negativos del pasado. Específicamente, hemos incorporado un módulo que se divide en dos partes: (1) Mirando hacia adelante (habilidades enfocadas a valores/objetivos, fijación de objetivos y planificación de objetivos; y (2) Mirando hacia atrás (habilidades enfocadas al perdón de uno mismo/otros /el entorno y el desarrollo de una historia vital personal que se centra en los obstáculos superados, contribuciones y decisiones importantes).

En resumen, hemos establecido la credibilidad de un tratamiento basado en la TCD para personas mayores con TDM y TP. También hemos integrado la investigación existente acerca de TCD y geropsicología, además hemos desarrollado importante experiencia clínica con esta población con el objetivo de crear un manual de tratamiento que recoja constructores clínicos relevantes para personas mayores con TP. El siguiente paso en la continuación del desarrollo y validación de este tratamiento es dirigir un ECA con el nuevo manual de tratamiento TCD^{D+TP}. Esperamos implementar el tratamiento e informar de los resultados en un futuro próximo.

Puntos clave

- Los trastornos de la personalidad en personas mayores complican el tratamiento de otras psicopatologías, y también ocasionan un trastorno interpersonal intenso y sufrimiento emocional.
- Este artículo resume dos ensayos clínicos aleatorizados que utilizan la Terapia Conductual Dialéctica (TCD) como una estrategia de potenciación de la medicación antidepressiva para el tratamiento de la depresión crónica y los trastornos de la personalidad en personas mayores
- Los resultados demostraron avances significativos para reducir las tasas de remisión para la medicación potenciada por TCD en comparación con medicación sola en el tratamiento de la depresión crónica. Además, la TCD más medicación demostró superioridad en comparación con medicación sola en la reducción de la Sensitividad Interpersonal y la Agresión Interpersonal en el post tratamiento y a los seis meses de seguimiento en una muestra de personas mayores con depresión y trastorno de la personalidad comórbido.
- Se resumen las modificaciones a la TCD estándar y una visión general de un nuevo manual de tratamiento para esta población.

Fe de erratas

En el artículo **El papel de la espiritualidad**, de *F. Michler Bishop* publicado en la RET 51 no apareció por error el autor. Dicho artículo corresponde al libro escrito por *F. Michler Bishop: Managing Addictions: Cognitive, Emotive, And Behavioral Techniques (Hardcover - Aug 28, 2001)* que se puede encontrar en: http://www.amazon.com/s/ref=nb_ss_gw/105-9250838-4537227?url=search-alias%3Daps&field-keywords=managing+addictions

Con la colaboración de:



CMBB & Asociados

CMBB & ASOCIADOS, Corredores de Seguros, S.L.

Londres, 27, Est. A 2ª
08029 BARCELONA

Teléfono 93 410 73 26
Fax 93 419 32 96