

Cristina Carmona i Farrés¹
Juan C. Pascual¹
Matilde Elices¹
Helena Navarro¹
Ana Martín-Blanco¹
Joaquim Soler¹

Factores predictores de abandono prematuro de terapia dialéctica conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad

¹Departamento de Psiquiatría, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona (España)
Departamento de Psiquiatría y Medicina Legal, Universitat Autònoma de Barcelona (España)
Institut d'Investigació Biomèdica- Sant Pau (IIB-SANT PAU), Barcelona (Spain)
Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental, CIBERSAM (Spain)

Introducción. El entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica conductual (TDC) ha mostrado eficacia para el tratamiento de individuos con trastorno límite de la personalidad (TLP). Sin embargo, una de sus principales dificultades es el abandono prematuro de la psicoterapia. El objetivo del presente estudio es evaluar factores asociados con el abandono prematuro de una terapia grupal de entrenamiento en habilidades de la TDC en sujetos con TLP.

Método. Se incluyeron 118 sujetos con TLP. Además de factores sociodemográficos y clínicos, se evalúan otros factores como la presencia de antecedentes traumáticos en la infancia, rasgos dimensionales de personalidad y comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos. Se analizan las diferencias entre aquellos sujetos que finalizan la terapia con los que abandonan prematuramente.

Resultados. No se observan diferencias significativas en variables sociodemográficas, de gravedad clínica, la presencia de antecedentes traumáticos en la infancia ni otros trastornos de personalidad comórbidos. Sí se encuentran diferencias significativas en la subescala de impulsividad así como en la comorbilidad con Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA) y Trastorno por Consumo de Cocaína (TCC). En el análisis de regresión, las variables predictoras de abandono fueron la comorbilidad con TCA ($p=0,011$) y con TCC ($p=0,031$), las puntuaciones en impulsividad mostraron una tendencia a la significación ($p=0,063$).

Conclusiones. La comorbilidad con trastornos del Eje I y la impulsividad son factores que se deberían tener en cuenta para valorar a priori el riesgo de abandono prematuro de terapia y optimizar el tratamiento más idóneo para cada paciente.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Terapia Dialéctica Conductual, Abandono

Correspondencia:
Juan Carlos Pascual
Department of Psychiatry
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau
Av. Sant Antoni M^o Claret 167
08025 Barcelona. Spain
Tel.: +34 93 553 78 40
Fax: +34 93 553 78 42
Correo electrónico: jsolerri@santpau.cat

Actas Esp Psiquiatr 2018;46(6):226-33

Factors predicting early dropout from dialectical behaviour therapy in individuals with borderline personality disorder

Background. Dialectical behaviour therapy skills training (DBT-ST) has proven effective to treat individuals with borderline personality disorder (BPD). However, therapy still faces the problem of early dropout. The aim of the present study is to examine which factors are associated with early dropout from DBT-ST in a sample of subjects with BPD.

Method. 118 subjects with BPD diagnosis were included in the study. Apart from socio-demographic and clinical variables, childhood trauma history, personality dimensions, and comorbidities with other psychiatric disorders were collected. Differences in regards to the aforementioned variables were compared between individuals who dropped out prematurely from therapy and those who finalized it.

Results. Significant differences between groups regarding socio-demographic and clinical variables, including childhood trauma history and comorbid personality disorders, were not found. Both groups differed significantly in regards to trait impulsiveness and in comorbidity with Eating Disorders (ED) and Cocaine Use Disorder (CUD). The regression analyses showed that ED and CUD significantly predicted drop-out ($p=0.011$ and $p=0.031$ respectively), while scores in trait impulsivity showed a tendency towards significance ($p=0.063$).

Conclusions. Comorbidities between BPD and axis I disorders (i.e., ED and CUD) should be taken into account when referring patients to DBT-ST.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Dialectical Behaviour Therapy, Dropout

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es un trastorno mental grave caracterizado por un patrón de gran inestabilidad en la regulación de las emociones, en la autoimagen, en la impulsividad y en las relaciones interpersonales¹⁻³. Se ha señalado que este trastorno afecta aproximadamente entre el 0.5% y el 5.9% de la población general y, concretamente en España, se ha estimado una prevalencia anual del 0.7% asociándose a elevados costes económicos directos e indirectos⁴.

La Terapia Dialéctica conductual (TDC)³ es la terapia con mayor evidencia de eficacia para el tratamiento del TLP⁵ asociándose, además, con un menor porcentaje de abandonos que el tratamiento comunitario con expertos⁶ así como con una considerable reducción de los costes económicos⁷. El formato estándar de la TDC es un programa amplio e intenso pero costoso y difícilmente aplicable en la práctica clínica "real" en un sistema sanitario público. Por este motivo, durante los últimos años se han ido desarrollando adaptaciones de la TDC en formatos más breves y económicos. Por ejemplo, Soler et al.⁸ señalaron que una intervención breve de 3 meses de duración y en formato únicamente grupal de la TDC (EH-TDC) era efectiva para reducir los síntomas característicos del TLP. Posteriormente, en un ensayo clínico controlado y aleatorizado realizado por la propia autora de la terapia⁹ no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre una modalidad de únicamente entrenamiento en grupo de la TDC y su versión en formato completo. Estos resultados, así como otros donde se observó que las mejorías en conducta suicida, depresión y control de la rabia estarían mediadas por el entrenamiento de habilidades¹⁰ señalarían que el entrenamiento de habilidades es el aspecto terapéutico nuclear en la TDC.

Sin embargo, a pesar de los resultados de eficacia clínica, el abandono prematuro de la psicoterapia en los pacientes con TLP sigue siendo uno de los principales problemas al que nos enfrentamos. En comparación con individuos con otros trastornos mentales, los pacientes con TLP son los que han mostrado las tasas de abandono prematuro más altas^{11,12} describiéndose ratios de abandonos de hasta el 64% en algunos estudios¹³. El hecho de abandonar prematuramente el tratamiento no sólo es un problema para los propios pacientes, limitando la efectividad de la terapia, sino también para el propio funcionamiento de los dispositivos asistenciales, para otros pacientes que sí podrían haberse beneficiado, para los clínicos repercutiendo en su motivación, así como para los investigadores al reducirse la potencia estadística de los estudios.

Las diferencias en las tasas de abandono encontradas entre los distintos estudios se podrían atribuir parcialmente a una definición poco clara del propio concepto de abandono.

Linehan³ define el abandono como el hecho de no presentarse a cuatro sesiones consecutivas de cualquiera de los componentes del tratamiento. Otros estudios han definido el abandono de una manera más laxa, por ejemplo, Preibe et al.¹⁴ definieron abandono como el hecho de faltar a cuatro sesiones seguidas de terapia individual, de terapia grupal o cualquier combinación de las dos obteniendo ratios de abandono más elevadas (52%). Otro factor a tener en cuenta es el contexto en el cual se imparte el tratamiento. No es lo mismo hablar de abandonos en un contexto de ingreso hospitalario, que en hospital de día o en dispositivos ambulatorios¹⁵. Estudios en contextos ambulatorios y en nuestro marco sociocultural han señalado un abandono de los EH-TDC sobre un 31% y 34 %^{16,8}.

Diversos estudios han analizado los posibles factores asociados al abandono prematuro de la psicoterapia en el TLP. Por ejemplo, utilizando el modelo transteórico de estadios de cambio (TTM)¹⁷, se observó que los pacientes con TLP que se encontraban en el estadio de pre-contemplación eran más propensos a abandonar prematuramente el tratamiento¹⁸. En un metaanálisis reciente en el que se estudió el abandono prematuro de la psicoterapia en TLP, se observó que las variables asociadas con el abandono fueron: alta impulsividad, ira, falta de compromiso con el tratamiento, baja motivación al cambio, alta evitación experiencial y baja alianza terapéutica. En cambio, variables sociodemográficas como edad, sexo, nivel educativo, estatus laboral y conyugal no presentaron una asociación significativa con el abandono prematuro¹⁹. En otro estudio comparando TDC con manejo psiquiátrico general, se encontró que niveles altos de ira, comorbilidad con otros trastornos del eje I, pobre alianza terapéutica y alto número de intentos de suicidio previos eran predictores de abandonamiento prematuro²⁰.

Existen sin embargo otros posibles factores asociados al riesgo de abandono en sujetos con TLP que no han sido suficientemente explorados hasta la fecha como, por ejemplo, la presencia de traumas en la infancia. Este factor sí se ha estudiado en otros trastornos como el Trastorno de la Conducta Alimentaria (TCA), encontrando tasas de abandono más elevadas en los pacientes con TCA que reportaban historia de trauma²¹. La presencia de traumas en la infancia se ha considerado un factor claramente asociado al desarrollo del TLP ya que entre un 30 y un 90% de individuos con TLP reportan haber sufrido experiencias traumáticas infantiles. Además, se ha señalado que las experiencias traumáticas en la infancia juegan también un papel importante en la gravedad y evolución del TLP²²⁻²⁵.

El objetivo del presente estudio consiste en examinar factores predictores asociados al abandono prematuro de una terapia grupal de entrenamiento en habilidades de la TDC en sujetos con TLP. Además de factores sociodemográficos y clínicos habituales, se pondrá especial interés en otros factores como la presencia de antecedentes traumáticos en

la infancia, rasgos de personalidad dimensionales o comorbilidad con otros trastornos psiquiátricos de Eje I y II.

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

La muestra total fue de 118 sujetos diagnosticados de TLP atendidos ambulatoriamente en la Unidad de TLP del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau de Barcelona.

Los criterios de inclusión fueron: 1) diagnóstico de TLP según criterios DSM-IV-TR y evaluados por dos entrevistas semi-estructuradas específicas (SCID-II y DIB-R) conducidas por un psicólogo experto; 2) tener entre 18 y 50 años; 3) correcta comprensión idiomática. Los criterios de exclusión fueron: 1) diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, trastorno neurocognitivo, retraso mental u otro trastorno que pudiera dificultar la comprensión del entrenamiento en habilidades; 2) participar en otra psicoterapia durante el estudio; 3) haber recibido previamente tratamiento con TDC en el pasado.

Los participantes podían presentar de forma comórbida otros Trastornos del Eje I y II. También estaba permitido continuar tomando la medicación prescrita antes de su inclusión en el estudio pero no se permitieron cambios en el tipo o dosis de medicación durante el periodo de estudio.

Instrumentos

- *McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD)*: cuestionario auto-informado de 10 ítems puntuados de forma dicotómica (p.ej. verdadero-falso) para el cribaje rápido del TLP. La validación al castellano presenta una sensibilidad de 0.71 y una especificidad de 0.68^{26,27}.
- *Entrevista Diagnóstica Revisada para pacientes con Trastorno de la Personalidad (DIB-R)*: entrevista semiestructurada compuesta por 125 ítems. Evalúa cuatro dimensiones específicamente los últimos 2 años: afectiva, cognitiva, impulsividad y relaciones interpersonales. Las puntuaciones parciales de cada dimensión determinan la puntuación global que va de 0 a 10 puntos, siendo 6 el punto de corte para el diagnóstico de TLP para la versión española de la entrevista^{28,29}.
- *Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)*: entrevista clínica semi-estructurada para la evaluación de todos los Trastornos de Personalidad específicos del Eje II del DSM-IV^{30,31}.
- *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ)*: cuestionario autoaplicado de 99 ítems para evaluar las diferentes dimensiones de personalidad. Consta de cinco escalas globales de contenido: neuroticismo-ansiedad (N-Ans), actividad (Act), sociabilidad (Sociab), agresión-hostilidad (Agr-Host) e impulsividad con búsqueda de sensaciones (Imp -bs)³²⁻³⁴.
- *Childhood trauma questionnaire -short form (CTQ-SF)*: cuestionario diseñado para evaluar de forma retrospectiva el abuso y la negligencia durante la infancia. La versión corta incluye 28 ítems. Ha mostrado validez en población clínica y no clínica. Este cuestionario evalúa cinco tipos de trauma: abuso sexual, físico y emocional, así como negligencia física y emocional. Cada ítem se puntúa en una escala Likert de 5 puntos. El cuestionario proporciona una puntuación total y una puntuación específica para cada subescala^{35,36}.

Procedimiento

En primer lugar, a todos los sujetos derivados a la Unidad con sospecha de TLP se les administró inicialmente el MSI-BPD como método rápido de cribaje de TLP. Una vez confirmada la orientación diagnóstica, se utilizaban dos entrevistas semi-estructuradas específicas para confirmar el diagnóstico, la DIB-R y SCID-II. Un psiquiatra experimentado realizaba la historia clínica y se recogía de forma sistemática una batería de variables sociodemográficas y clínicas. La información socio-demográfica que se incluyó fue: edad, sexo, nivel educativo, convivencia y situación laboral. Las variables clínicas relevantes: trastornos del eje I y II comórbidos, antecedentes de hospitalización, intentos de suicidio previos y tratamiento farmacológico en el momento de la entrevista. Antes de iniciar la psicoterapia también rellenaron los cuestionarios autoaplicados CTQ-SF y ZKPQ. Se trata de un estudio naturalístico realizado en base a la práctica clínica habitual y sin grupo control o necesidad de diseño "ciego" de los evaluadores dada la variable dura del estudio (abandono prematuro SÍ/NO).

Todos los participantes leyeron y firmaron el consentimiento informado y participaron en el estudio de forma voluntaria y sin ningún beneficio económico. El protocolo del estudio siguió las directrices de la Declaración de Helsinki y fue aprobado por el Comité Ético del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.

La psicoterapia consistió en una adaptación de la modalidad de entrenamiento en habilidades de la TDC³ de 13 sesiones semanales de 150 minutos duración cada una. Cada grupo estaba formado por entre 9 y 11 participantes y estaba conducido por dos psicoterapeutas certificados en TDC.

La variable principal del estudio fue el abandono prematuro de la terapia. De acuerdo con estudios previos³, se consideró que un participante abandonaba precozmente

el tratamiento si no asistía a 4 sesiones consecutivas independientemente del motivo. Hay que señalar que la variable abandono prematuro era dicotómica SÍ/NO sin analizar las posibles causas de abandono. En este sentido, es importante diferenciarlo del concepto adherencia que se utilizan en algunos trabajos. El concepto "falta de adherencia" se refiere al hecho que el paciente no acepte de forma activa las normas y prescripciones de la psicoterapia pudiendo dar lugar o no al abandono de ésta. En cambio, el concepto de "abandono prematuro" se refiere a terminar antes de lo establecido un tratamiento independientemente de la causa que puede incluir una falta de adherencia pero también a otros factores más externos al sujeto como la distancia del centro, disponibilidad laboral, medios de transporte, problemática social, etc.

Análisis Estadísticos

Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 18.0 para Windows. Una vez calculados los estadísticos descriptivos de la muestra, se examinaron las diferencias entre el grupo de pacientes que abandonaron prematuramente la terapia y aquellos que la completaron con la prueba χ^2 para variables categóricas y *t-test* para variables cuantitativas. Posteriormente, aquellas variables que mostraron una relación significativa con el abandono se introdujeron en un modelo de regresión logística binaria. Las diferencias se consideraron significativas si el valor *p* era menor que 0.5.

RESULTADOS

Descripción de la muestra

En la tabla 1 se presentan las principales características sociodemográficas y clínicas de los sujetos que participaron en el estudio. La muestra incluyó finalmente 118 pacientes, la mayoría mujeres (87.5%) y con una media de edad de 29.84 años (DE=7.76). La mayoría de los pacientes vivían con la familia de origen, habían finalizado estudios secundarios y la mitad de la muestra ni trabajaba ni estudiaba en el momento de la inclusión. Presentaban una severidad clínica moderada-severa de acuerdo a las puntuaciones obtenidas en la DIB-R (Tabla 2).

Diferencias entre los que finalizan la terapia y los que abandonaron prematuramente

En el presente estudio se observó una tasa de abandono prematuro de la terapia del 30% (n=36). En la tabla 2 se muestran las diferencias entre el grupo de sujetos que abandonaron prematuramente y el grupo que finalizó la terapia. No se observaron diferencias significativas entre los dos

Tabla 1	Características sociodemográficas de la muestra	
Características	(n)	(%)
Sexo (Mujer)	105	87.5
<i>Convivencia</i>		
Solo	18	15.3
Padres /familia de origen	53	44.9
Pareja	20	16.9
Familia propia	19	16.1
Otros	8	3.4
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	9	7.6
Estudios Primarios	52	44.1
Estudios secundarios	43	36.4
Universitarios	14	11.9
<i>Situación laboral</i>		
Trabaja	37	31.4
Estudia	12	10.2
No trabaja ni estudia	69	58.5

grupos en la mayoría de variables, incluyendo las variables socio-demográficas (p.ej., edad, género, estudios, trabajo, convivencia), gravedad clínica (DIB-R, ingresos previos, tentativas autolíticas previas, tratamiento psicofarmacológico), la presencia de acontecimientos traumáticos en la infancia u otros trastornos de personalidad comórbidos.

Sí se encontraron algunas diferencias a nivel de comorbilidad con trastornos del eje I, concretamente en la comorbilidad con TCA y con Trastorno por Consumo de Cocaína (TCC) observando que los pacientes que abandonaban la terapia presentaban mayor comorbilidad de estos trastornos. Respecto a los rasgos de personalidad dimensionales medidos con el ZKPO, se observaron diferencias significativas entre ambos grupos en la sub-escala de Impulsividad, siendo más elevada en el grupo que abandonaban la terapia.

En la Tabla 3 se muestran los resultados del análisis de regresión. Las variables predictoras de abandono fueron la comorbilidad con TCA ($p=0.011$) y con TCC ($p=0.031$). Las puntuaciones en la subescala Impulsividad del ZKPO no resultaron un predictor significativo del modelo, aunque sí se observa una tendencia a la significación ($p=0.063$).

Tabla 2 Comparaciones entre el grupo que no abandona la terapia y los que abandonan prematuramente

	No Abandonos		Abandonos		p
<i>Edad</i> (M, DE)	30.28	7.49	28.83	8.372	0.354
<i>Sexo</i> (Mujer; N, %)	74	90.2	31	86.1	0.532
<i>DIB-R</i> (M, DE)	7.49	1.43	7.63	1.26	0.616
<i>Ingresos prev.</i> (M, DE)	0.93	1.50	1.15	1.80	0.540
<i>Tentativas prev.</i> (M, DE)	1.96	2.18	1.85	1.85	0.816
<i>ZKPO</i> (M, DE)					
Imp-bs	11.15	4.41	14.03	3.61	0.001
N-anx	15.33	4.24	16.48	2.42	0.148
Agr-host	10.51	3.16	10.87	3.71	0.574
Act	7.04	3.78	7.73	3.82	0.382
Sociab	5.66	3.99	6.00	4.21	0.688
<i>CTQ</i> (M, DE)					
Ab emo	14.21	6.38	13.2	5.86	0.458
Ab fis	9.01	5.03	7.87	3.86	0.266
Ab sex	8.82	5.09	8.27	4.38	0.607
Neg fis	0.25	0.44	0.27	0.45	0.862
Neg emo	0.51	0.50	0.37	0.49	0.200
Total CTQ	47.17	24.97	44.07	20.74	0.551
<i>Trastornos eje I</i> (N, %)					
TCA	21	28.4	16	55.2	0.013
TDM	8	11.0	1	3.4	0.440
TCC	5	6.8	9	31.0	0.003
Ansiedad	5	7.0	0	0	0.318

Ab emo: Abuso emocional; Ab fis: Abuso físico; Ab sex: Abuso sexual; Ab: abuso; Act: Actividad; Agr-host: agresividad-hostilidad; CTQ: Childhood Trauma Questionnaire; DE: desviación estándar; Imp-bs: Impulsividad búsqueda de sensaciones; M: media; N-anx: Neuroticismo-ansiedad; N: número de casos; Neg emo: Negligencia emocional; Neg fis: Negligencia física; Sociab: Sociabilidad; TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria; TCC: Trastorno por Consumo de Cocaína; TDM: Trastorno Depresivo Mayor; ZKPO: Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire.

Los resultados de la prueba de bondad de ajuste Hosmer-Lemeshow indican que el modelo final se ajusta bien a los datos ($\chi^2=4.727$, $gl=8$, $p=0.786$).

DISCUSIÓN

El objetivo principal del presente estudio fue investigar las diferencias clínicas y sociodemográficas entre aquellos individuos con diagnóstico de TLP que abandonan la terapia

grupal de entrenamiento de habilidades de la TDC y aquellos que la terminan. En contra de nuestra hipótesis, no se encontraron diferencias significativas entre estos grupos en relación a las características socio-demográficas, clínicas y antecedentes de traumas en la infancia. Sin embargo, la impulsividad y la comorbilidad con TCA y TCC, sí resultaron predictores significativos de abandono prematuro.

En el presente estudio se observó una tasa de abandono de la terapia del 30%, un porcentaje equiparable al obser-

Tabla 3		Regresión Logística Binaria de la variable abandono prematuro		
Variables	Error estándar	Odds Ratio	Intervalo de confianza 95%	p
Imp-bs	0.065	1.129	(0.993 - 1.282)	0.063
TCA	0.521	3.772	(1.358 - 10.475)	0.011
TCC	0.693	4.461	(1.147 - 17.394)	0.031
Constante	0.912	0.035		0.000

Imp-bs: Impulsividad-búsqueda de sensaciones; TCA: Trastornos de la Conducta Alimentaria; TCC: Trastorno por Consumo de Cocaína

vado en estudios previos^{8,16}. Probablemente, el hecho de ser un formato corto de tres meses favorece una mayor retención. Por otra parte, destaca que ninguna de las variables socio-demográficas estudiadas se asoció con un riesgo de abandono prematuro. En este sentido coincide con los resultados del metaanálisis en pacientes con TLP¹⁹. Aunque en la práctica clínica se puede intuir que factores como una edad joven o un bajo nivel de estudios pudieran afectar a la retención en la terapia, estos datos no se confirman con los resultados objetivos. Asimismo, la gravedad clínica como hospitalizaciones o autolesiones previas tampoco parecen influir en la adherencia. Estos resultados nos hacen replantear los sesgos de selección que frecuentemente se hacen a priori en la práctica clínica.

Otro hallazgo no descrito hasta la fecha es que la presencia de traumas en la infancia no influye en el hecho de abandonar la terapia prematuramente. A pesar de la alta prevalencia de traumas en la infancia en el TLP²⁴, este factor no estaría relacionado con el abandono prematuro de la terapia ya que el abandono de los pacientes con traumas infantiles son equiparables a la de los pacientes sin traumas. A diferencia de lo observado en pacientes con TCA donde sí se observó una asociación entre traumas en la infancia y altas tasas de abandono de la terapia²¹, este resultado no sería extrapolable a individuos con TLP.

Aunque la mayoría de las variables clínicas de severidad de TLP estudiadas no se asociaron al abandono prematuro, la presencia de comorbilidad con TCA y TCC sí parecen ser factores importantes a la hora de predecir el abandono prematuro. Resultados similares se han descrito en otros estudios, por ejemplo Kroger et al.³⁷ encontraron que los individuos con TLP con trastornos por consumo de sustancias tenían más riesgo de abandonar el tratamiento de forma prematura. Otro estudio señala que la comorbilidad con trastornos del eje I era uno de los factores que predecían el abandono de la terapia²⁰. Estos hallazgos sugieren que los pacientes que tienen comorbilidad con TCA o con TCC tendrían más probabilidad de no finalizar el módulo de habilidades de la TDC. Se han descrito en diferentes estudios una elevada co-

morbilidad entre el TLP y el consumo de sustancia (entre el 38-46%) y entre TLP y TCA (entre 16.9%-53.8%) asociándose a un peor pronóstico del TLP³⁶⁻³⁸. Una posible explicación podría ser que los individuos con comorbilidad pueden preferir un tratamiento más específico para su sintomatología comórbida y pueden tener la sensación de no beneficiarse suficientemente de una intervención focalizada en la adquisición de habilidades generales. Sería razonable pensar que formatos que incluyen módulos específicamente orientados a estas patologías como la TDC para TCA⁴¹ o la TDC-Substance⁴² obtuviesen un mayor éxito en la retención de estos pacientes a terapia. También se podría hipotetizar que los individuos con comorbilidad necesitarían otro tipo de intervención: más intensiva (en régimen de hospital de día), más completa (individual y grupal) y más duradera (de un año como el formato original de la TDC). Este resultado también es relevante en la práctica clínica ya que frecuentemente no hay acuerdos sobre si se debe priorizar la intervención para el trastorno por consumo de sustancias o el TCA y después para la personalidad o al revés. Según nuestros resultados, si el paciente realiza primero una intervención para el TLP sin tener estable la sintomatología de TCA o el consumo de sustancias es probable que no finalice la terapia. En síntesis, nuestros datos señalarían que sería aconsejable priorizar en primer lugar el tratamiento de la comorbilidad de Eje I para, en una fase posterior, focalizar en la adquisición de habilidades. Estos resultados aportan nuevos datos ya que si bien hay muchos estudios que analizan la comorbilidad de TLP en poblaciones de TCC^{43,44} o de TCA^{45,46}, hay pocos estudios que hagan el análisis en sentido contrario, en muestras con TLP.

Respeto a los rasgos dimensionales de personalidad, se observó que los pacientes con elevados niveles de impulsividad y búsqueda de sensaciones tendrían mayor riesgo de abandonar prematuramente el tratamiento. Estos resultados son congruentes con estudios previos¹⁹ y el metaanálisis donde señalan la impulsividad junto con otros factores (falta de compromiso con el tratamiento, baja motivación al cambio, alta evitación experiencial y baja alianza terapéutica) asociados al abandono de la terapia. Probablemente, la tendencia a actuar rápido y sin pensar, y la tendencia a

buscar el cambio les predispondrían a abandonar la terapia ante la mínima dificultad. En un estudio previo, Rüsche et al.⁴⁷ encontraron que elevadas puntuaciones en ansiedad rasgo y en hostilidad predecían el abandono de TDC en pacientes hospitalizados; en cambio en nuestro estudio la TDC se aplica a nivel ambulatorio y no se observaron diferencias significativas entre los sujetos que abandonaron y los que terminaron en variables de personalidad como neuroticismo, ansiedad-rasgo, actividad, sociabilidad o agresividad. A pesar de que en la práctica clínica se puede intuir que el neuroticismo, la ansiedad o la sociabilidad podrían influir en la correcta adherencia a una intervención grupal, nuestros resultados señalan que no son factores significativos a la hora de predecir el abandono.

Hay que señalar algunas limitaciones que pueden haber influido en los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra que puede haber afectado a la potencia estadística para observar resultados significativos. En segundo lugar, hay que señalar que se ha analizado el abandono prematuro de una intervención únicamente grupal de frecuencia semanal y a nivel ambulatorio, limitando la generalización de los resultados a otro tipo de intervenciones o dispositivos. En tercer lugar, la comorbilidad en el Eje I no se determinó mediante entrevistas estructuradas, únicamente por anamnesis clínica. En cuarto lugar predominancia del sexo femenino en nuestra muestra de pacientes limita la extrapolación a la población masculina con diagnóstico de TLP. Otra limitación es que no se registró en qué sesión exactamente abandonaba la terapia cada paciente. Probablemente pudieran existir características sociodemográficas y clínicas interesantes y diferentes entre aquellos sujetos que abandonan al principio de aquellos que abandonan cuando ya está finalizando el proceso psicoterapéutico. Finalmente, no se analizaron los diferentes motivos del abandono ya que el objetivo del estudio consistía en investigar los factores relacionados con el abandono prematuro a independencia de las características contextuales que puedan haber presentado los participantes. En este sentido, en este estudio no se analizó específicamente la falta de adherencia a la terapia de forma diferenciada a otras posibles causas externas. El momento de abandono, así como los motivos de este deberían ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones.

En resumen, nuestro estudio señala que la mayoría de los pacientes con TLP terminan de manera adecuada una intervención grupal de entrenamiento en habilidades de la TDC. A la hora de "predecir" el riesgo de abandono prematuro no se deberían tener en consideración aspectos sociodemográficos o de severidad clínica. En cambio, sería importante tratar previamente la comorbilidad con trastornos de la conducta alimentaria y el trastorno por consumo de cocaína ya que puede afectar negativamente al abandono prematuro.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido financiado por el proyecto PI13/00134, integrado en el Plan Nacional de I+D+I y cofinanciado por el ISCIII (Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación Sanitaria) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

BIBLIOGRAFÍA

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Task Force on DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR. American Psychiatric Association; 2000.
2. Gunderson JG, Ridolfi ME. Borderline Personality Disorder. *Ann N Y Acad Sci.* 2001;932(1):61-77.
3. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press; 1993. p. 558.
4. Salvador-Carulla L, Bendeck M, Ferrer M, Andión, Aragonès E, Casas M. Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *Eur Psychiatry.* 2014;29(8):490-7.
5. Stoffers-Winterling JM, Völlm BA, Rucker G, Timmer A, Huband N, Lieb K. Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library;* 2012.
6. Linehan MM, Comtois KA, Murray AM, Brown MZ, Gallop RJ, Heard HL, et al. Two-Year Randomized Controlled Trial and Follow-up of Dialectical Behavior Therapy vs Therapy by Experts for Suicidal Behaviors and Borderline Personality Disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2017;63(7):757-66.
7. Stiglmayr C, Stecher-Mohr J, Wagner T, Meiner J, Spretz D, Steffens C, et al. Effectiveness of dialectic behavioral therapy in routine outpatient care: the Berlin Borderline Study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregulation.* 2014;1(1):20.
8. Soler J, Pascual JC, Tiana T, Cebrià A, Barrachina J, Campins MJ, et al. Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behav Res Ther.* 2009;47(5):353-8.
9. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder. *JAMA Psychiatry.* 2015;72(5):475-82.
10. Neacsiu AD, Rizvi SL, Linehan MM. Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behav Res Ther.* 2010;48(9):832-9.
11. Marlowe DB, Kirby KC, Festinger DS, Husband SD, Platt JJ. Impact of comorbid personality disorders and personality disorder symptoms on outcomes of behavioral treatment for cocaine dependence. *J Nerv Ment Dis.* 1997;185(8):483-90.
12. Martinez-Raga J, Marshall EJ, Keaney F, Ball D, Strang J. Unplanned versus planned discharges from in-patient alcohol detoxification: retrospective analysis of 470 first -episode admissions. *Alcohol and Alcohol.* 2002;37(3):277-81.
13. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder – a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand.*

- 2011;123(5):327-38.
14. Priebe S, Bhatti N, Barnicot K, Bremner S, Gaglia A, Katsakou C, et al. Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychother Psychosom.* 2012;81(6):356-65.
 15. Landes SJ, Chalker SA, Comtois KA. Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2016;3(1):9
 16. Soler J, Elices M, Pascual JC, Martín-Blanco A, Feliu-Soler A, Carmona C, et al. Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline Personal Disord Emot Dysregul.* 2016;3(1):1
 17. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages and processes of self? Change of smoking: Toward and integrative model of Change. *J Consult Clin Psychol.* 1983;51:390-5.
 18. Soler J, Trujols J, Pascual JC, Portella MJ, Barrachina J, Campins J, et al. Stages of change in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Br J Clin Psychol.* 2008;47(4):417-26.
 19. Barnicot K, Katsakou C, Marougka S, Priebe S. Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder - a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2011;123(5):327-38.
 20. Wnuk S, McMain S, Links PS, Habinski L, Murray J, Guimond T. Factors Related to Dropout From Treatment in Two Outpatient Treatments for Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2013;27(6):716-26.
 21. Rodríguez M, Pérez V, García Y. Impact of traumatic experiences and violent acts upon response to treatment of a sample of Colombian women with eating disorders. *Int J Eat Disord.* 2005;37(4):299-306.
 22. Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE. Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *Am J Psychiatry.* 1995;152(7):1059.
 23. Soloff PH, Lynch KG, Kelly TM. Childhood Abuse as a Risk Factor For Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder. *J Pers Disord.* 2002;6(3):201-14.
 24. Martín-Blanco A, Soler J, Villalta L, Feliu-Soler A, Elices M, Pérez V, et al. Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2014;55(2):311-8.
 25. Martín-Blanco A, Ferrer M, Soler J, Arranz MJ, Vega D, Calvo N, et al. The role of hypothalamus-pituitary-adrenal genes and childhood trauma in borderline personality disorder. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2016;266(4):307-16.
 26. Zanarini MC, Vujanovic AA, Parachini EA, Boulanger JL. A screening measure for BPD: The McLean screening instrument for borderline personality disorder (MSI-BPD). *J Pers Disord.* Guilford Press. 2003;17(6):568.
 27. Soler J, Domínguez-Clavé E, García-Rizo C, Vega D, Elices M, Martín-Blanco A, et al. Validation of the Spanish version of the McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment.* 2016;9(4):195-202.
 28. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, et al. Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderline Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr.* 2004;32(5):293-8.
 29. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *J Pers Disord.* 1989;3(1):10.
 30. First MB, Benjamin LS, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders. American Psychiatric Press; 1997.
 31. Gómez-Beneyto M, Villar M, Renovel M, Pérez F, Hernandez M, Leal C, et al. The Diagnosis of Personality Disorder With a Modified Version of the SCID-II in A Spanish Clinical Sample. *J Pers Disord.* 1994;8(2):104-10.
 32. Zuckerman M. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): an alternative five-factorial model. *Big five Assess.* 2002;377-96.
 33. Gomà-i-Freixanet M, Valero S, Puntí J, Zuckerman M. Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *Eur J Psychol Assess.* 2004;20(2):134-46.
 34. Gomà-I-Freixanet M, Soler J, Valero S, Pascual J, Sola V. Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *J Pers Disord.* 2008;22(2):178-90.
 35. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse Negl.* 2003;27(2):169-90.
 36. Hernandez A, Gallardo-Pujol D, Pereda N, Arntz A, Bernstein DP, Gaviria AM, et al. Initial Validation of the Spanish Childhood Trauma Questionnaire-Short Form: Factor Structure, Reliability and Association With Parenting. *J Interpers Violence.* 2013;28(7):1498-518.
 37. Kröger C, Harbeck S, Armbrust M, Kliem S. Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behav Res Ther.* 2013;51(8):411-6.
 38. Zimmerman M, Mattia JL. Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Compr Psychiatry.* 2017; 40(4):245-52.
 39. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Axis I Comorbidity in Patients With Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry.* 2004;161(11):2108-14.
 40. Chen EY, Brown MZ, Harned MS, Linehan MM. A comparison of borderline personality disorder with and without eating disorders. *Psychiatry Res.* 2009;170(1):86-90.
 41. Safer DL, Telch CF, Agras WS. Dialectical Behavior Therapy for Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry.* 2001; 158(4):632-4.
 42. Dimeff LA, Linehan MM. Dialectical behavior therapy for substance abusers. *Addict Sci Clin Pract.* 2008;4(2):39-47.
 43. Fernandez-Montalvo J, Javier J, Pez-Go L. Comparison of completers and dropouts in psychological treatment for cocaine addiction. *Addict Res Theory.* August. 2010;18(4):433-41.
 44. Martínez-González JM, Albein-Urriós N, Lozano-Rojas O, Verdejo-García A. Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones.* 2014;26(2).
 45. Fassino S, Pierò A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. *BMC Psychiatry.* 2009;9(1):67.
 46. Waller G. Drop-out and failure to engage in individual outpatient cognitive behavior therapy for bulimic disorders. *Int J Eat Disord.* 1997;22(1):35-41.
 47. Rüsche N, Schiel S, Corrigan PW, Leihener F, Jacob GA, Olschewski M, et al. Predictors of dropout from inpatient dialectical behavior therapy among women with borderline personality disorder. *J Behav Ther Exp Psychiatry.* 2008;39(4):497-503.