



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
Grado en Psicología. Promoción 2011-2015

Memoria del Trabajo de Fin de Grado

Técnicas eficaces para el manejo de la impulsividad

Presentado por:

Carlos Gallego Cózar

Dirigida por:

D. Miguel Ángel Rodríguez Serrano

Facultad de Ciencias de la Educación

Universidad de Cádiz (España)

Puerto Real (Cádiz), 2015

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. Resumen.	3
2. Abstract.	4
3. Introducción.	5
4. Concepto de impulsividad.	6
5. Impulsividad y categorías diagnósticas.	8
6. Definición de técnicas eficaces.	10
7. Técnicas eficaces en función de cada trastorno.	12
7.1. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.	12
7.2. Trastorno de personalidad límite.	16
8. Conclusiones.	23
9. Referencias bibliográficas.	26

Resumen

La impulsividad, generalmente considerada como la tendencia a actuar rápido y sin planificación, juega un papel esencial en la comprensión de muchos estados psicopatológicos y comportamientos problemáticos. Este constructo constituye uno de los criterios diagnósticos más comunes incluidos en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5). La finalidad del presente estudio es realizar un análisis comparativo de las principales terapias que se emplean para el control de la impulsividad, con el objetivo de construir una guía que incluya aquellas técnicas psicológicas que han demostrado ser útiles en la reducción de la misma.

Para ello, partiendo de una revisión teórica de las principales concepciones de la impulsividad y del DSM-5, se analizan los tratamientos más significativos para el abordaje de las patologías con mayor prevalencia dentro del marco de la impulsividad, el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el trastorno de la personalidad límite. En base a ello se destacan los tratamientos que han sido empíricamente validados para estos cuadros diagnósticos y se extraen las técnicas que tienen como síntoma diana la conducta impulsiva.

Palabras clave: impulsividad, tratamientos eficaces, técnicas psicológicas, TDAH, trastorno de personalidad límite, autoinstrucciones, solución de problemas, mindfulness.

Abstract

Impulsivity, generally considered as the tendency of acting fast and without planning, plays a crucial role in understanding a lot of psychopathological states and problem behaviors. This construct makes one of the more common diagnostic criteria contained in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). The purpose of the current study is to make a comparative analysis of the main therapies used in order to control impulsivity with the aim of forming a handbook including the psychological techniques that have demonstrated to be useful decreasing it.

In order to do that, on the basis of a theoretical review of the main conceptions in impulsivity and the DMS-5, the most relevant treatments are analysed to address the pathologies with more prevalence within the impulsivity setting, Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Borderline Personality Disorder. Based on that, we emphasize empirically validated therapies for these disorders and point out techniques that have impulsive behavior as a target symptom.

Keywords: impulsivity, effective treatments, psychological techniques, ADHA, Borderline Personality Disorder, self-instructions, problem solving, mindfulness.

Introducción

La impulsividad es un importante constructo psicológico que puede incidir en el desarrollo evolutivo del niño, afectando en un primer momento en su desempeño académico (Morales, 2007; Ramiro, Navarro, Menacho, & Aguilar, 2010; Vigil y Morales, 2005) y social (Klinterberg, von Knorring y Orelan, 2004), siendo además relacionada con conductas desadaptativas y numerosos trastornos mentales, tanto en adultos como en niños y adolescentes.

En las últimas décadas la impulsividad ha sido objeto de un creciente interés en el ámbito de las ciencias de la salud. De hecho, después del malestar clínicamente significativo, la impulsividad es una de las manifestaciones más prevalente entre los criterios diagnósticos de los trastornos presentes en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014b), apareciendo los términos impulsividad o impulsivo en más de cien ocasiones relacionándose con diversas psicopatologías.

La idea inicial era abarcar la impulsividad en todas sus manifestaciones clínicas, pero este panorama desmesuradamente amplio nos obliga a tomar una decisión con respecto al presente trabajo. Hemos decidido limitar esta revisión a dos trastornos muy específicos y significativos, uno de ellos empieza en la infancia aunque es manifiesto que puede perdurar en la adultez, el otro aunque se ancla en la niñez se desarrolla más tardíamente; nos referimos al trastorno por déficit de atención e hiperactividad y al trastorno de personalidad límite. Todo esto sin menos cabo de incluir algunas técnicas propias de otras patologías que pudieran resultar de interés por su eficacia o difusión.

De este modo, el objetivo principal de este trabajo es construir una guía que incluya aquellas técnicas psicológicas destinadas al tratamiento de la impulsividad que han demostrado su eficacia, en función de estos dos cuadros diagnósticos, con el objeto de que terapeutas y educadores puedan disponer de una herramienta útil en su práctica clínica y/o educativa diaria. Una herramienta que además pueda ser ampliada y actualizada con otros trastornos y técnicas afines.

De todos es sabido que durante décadas la utilidad de las técnicas y tratamientos psicológicos han estado exentos del análisis científico y empírico. Esta tendencia ha cambiado de un modo radical, en la actualidad no solo los investigadores se afanan por demostrar esta cualidad, sino que cada vez es más habitual que los pacientes exijan información sobre la eficacia de las distintas opciones terapéuticas, exigiendo tratamientos que estén empíricamente apoyados, de acuerdo con los estándares científicos actuales. Del mismo modo, los organismos

públicos exigen a los profesionales que las intervenciones psicológicas sean justificadas con datos empíricos sobre su eficacia y efectividad.

Este criterio es asumido por el Colegio Oficial de Psicología al afirmar en el artículo 18 de su código deontológico que “el psicólogo no utilizará medios o procedimientos que no se hallen suficientemente contrastados, dentro de los límites del conocimiento científico vigente” (COP, 1993).

Por todo ello, emprendemos este camino en la búsqueda de un “recetario” práctico que englobe las prácticas que se sustentan en estudios controlados que demuestran su eficacia. No se trata de que seamos gobernados por una guía o listado de técnicas, sino que éstos sirvan de base para tomar decisiones primando siempre el juicio clínico. En este sentido, hacemos nuestro el principio adoptado por algunos autores que “plantean la superioridad de las intervenciones individualizadas frente a las protocolizadas o manualizadas” (Pérez, Fernández, Fernández y Vázquez, 2003, p. 25).

. Podemos adelantar que, tras una extensa revisión, a nivel general, las técnicas más eficaces en la actualidad se enmarcan en su mayoría dentro del enfoque cognitivo-conductual.

Concepto de impulsividad

El interés mostrado por la impulsividad desde las esferas científicas, sociales y políticas contrasta con la falta de consenso entre los autores en cuanto a su definición, sus dimensiones y su medida. El diccionario de la Real Academia Española en su versión electrónica define impulsividad como el deseo de hacer algo de manera súbita, sin reflexionar. Es curioso como esta definición apunta ya hacia el binomio impulsividad-reflexividad y enfatiza uno de los componentes esenciales de la impulsividad, las cortas latencias.

Antes de explicitar en qué dimensión se centra el presente trabajo es oportuno realizar un breve recorrido sobre las teorías más relevantes. El constructo impulsividad ha sido abordado desde tres perspectivas diferentes: personológico, conductual y cognitivo-conductual.

Empezando por el primero, la impulsividad ha sido estudiada por muchos teóricos de la Psicología de la Personalidad, siendo considerada como un rasgo de personalidad. Destacan las investigaciones desarrolladas por Eysenck, Barratt y Dickman a finales del siglo XX.

Eysenck incluye la impulsividad dentro de su modelo PEN, que resulta de la combinación de las dimensiones Psicoticismo, Extraversión y Neuroticismo, concretamente decide incluirla dentro del factor Psicoticismo (Eysenck, 1987). Para Eysenck la impulsividad

es un concepto complejo compuesto por cuatro factores: (1) la Impulsividad en sentido estricto (narrow impulsiveness), (2) la Toma de Riesgos (risk-taking), (3) la Capacidad de Improvisación sin Planificar (non-planning) y (4) la Vitalidad (liveliness) (Eysenck & Eysenck, 1978).

Barratt y colaboradores definen la impulsividad como “una predisposición a realizar acciones rápidas y no reflexivas...a pesar de las consecuencias negativas que podrían tener...” (Moeller, Barratt, Dougherty, Schmitz, & Swann, 2001 según citado en Squillace, 2011). Este autor propone un modelo tridimensional de la impulsividad, en el que distingue entre impulsividad motora (IM), no planificada (INP) y atencional (IA). La IM implica actuar sin pensar, la INP implica la falta de previsión futura o de planificación y la IA se define como la incapacidad para mantener el foco de atención o la concentración (Patton, Stanford, & Barratt, 1995).

Dickman por su parte propone una teoría bidimensional de la impulsividad: impulsividad disfuncional (ID) y funcional (IF) (Dickman, 1990; Dickman 2000). Por un lado la IF se asocia con el entusiasmo, la búsqueda de aventuras y altos niveles de actividad y audacia. Por otra parte la ID se muestra asociada a un comportamiento atropellado, tendente a tomar decisiones irreflexivas, sin tener en cuenta todas las opciones presentes en las situaciones al momento de tomar decisiones. La diferencia es que en la impulsividad funcional la acción es beneficiosa u óptima, mientras que en la impulsividad disfuncional es una fuente de problemas o daños hacia uno mismo o los otros (Amorim Neto & True, 2011). Posiblemente sea el primero en destacar que la impulsividad no es necesariamente una característica negativa.

Desde el enfoque conductual la impulsividad es descrita como la incapacidad para retrasar la gratificación o el opuesto del autocontrol (Arce & Santisteban, 2006). Aunque no será el enfoque adoptado en este trabajo hay que reconocer que esta línea de trabajo ha tenido gran aceptación y difusión llegando a publicar sus estudios en revistas de alto impacto como es el caso del estudio sobre el retraso de la gratificación en niños publicado en Science (Mischel, Shoda & Rodriguez, 1989).

Dentro del enfoque cognitivo la teoría de Jerome Kagan causó un gran impacto durante las décadas de los 70 y 80 en las teorías del aprendizaje. El surgimiento de la dimensión Reflexividad-Impulsividad se debe a los trabajos de Kagan y colaboradores en la Universidad de Harvard, entroncando con la noción de estilo cognitivo, ya que rápidamente se convirtió junto al estilo paradigmático, la Dependencia-Independencia de campo, en una de las dimensiones con más aplicación. De esta forma, ya en los años sesenta definió la reflexividad-

impulsividad como un estilo de respuesta bipolar, que iría de la rapidez y un elevado número de errores (impulsividad) a la lentitud y un porcentaje bajo de errores (reflexividad) (Kagan, 1965).

Kagan desde sus primeros trabajos recalca el hecho de que la dimensión R-I es propia de las situaciones-problema que contienen un cierto grado de incertidumbre de respuesta, es decir, situaciones en donde aparecen simultáneamente varias soluciones pero sólo una de ellas es la correcta (Bornas & Servera, 1996).

Este enfoque es retomado por uno de los grupos de investigación sobre la impulsividad más activos y reconocidos en nuestro país. De este modo un grupo de la Universidad de Granada, encabezado por Gualberto Buela Casal, ha desarrollado una intensa labor de investigación sobre este constructo. Así Buela Casal (2001) define la reflexividad-impulsividad en función del estilo (tiempo) y de la competencia (errores) al solucionar problemas con incertidumbre.

Destacar la labor de otro autor coetáneo de Kagan y enmarcado dentro del enfoque cognitivo-conductual y que ideó la técnica de las autoinstrucciones a partir de los trabajos de Luria sobre la función reguladora del habla sobre la conducta, Michenbaum, del que hablaremos más detenidamente con posterioridad.

Después de considerar esta diversidad de definiciones y aceptar la impulsividad como un constructo multidimensional, es oportuno especificar en qué dimensión se centra el presente trabajo. Concretamente en el marco del presente trabajo entenderemos la impulsividad como la tendencia a actuar rápido sin planificación, es decir sin atender a todas las opciones presentes y sin considerar las consecuencias. Esta definición es compatible con la Impulsividad en sentido estricto (Eysenck, 1987), la Impulsividad Disfuncional (Dickman, 1990; Dickman 2000) y la Impulsividad no planificada de Barrat (Patton et al., 1995), aunque coincide sobremedida con el polo impulsividad expuesto por Buela Casal.

Impulsividad y categorías diagnósticas

A la hora de presentar los trastornos en los que la impulsividad está implicada, vamos a establecer dos grupos claramente diferenciados. Un primer conjunto estará conformado por aquellos trastornos en los que aparece la impulsividad incluida dentro de los criterios diagnósticos. El segundo grupo incluirá aquellos trastornos en los que el DSM-5 indica alguna

vinculación con la impulsividad dentro de las características diagnósticas, ya sea como factor de riesgo o como síntoma asociado.

Dentro del primer grupo, impulsividad como criterio diagnóstico, encontramos los siguientes trastornos:

- **Trastorno por déficit de atención con hiperactividad**¹ 314.0X (F90.X).
- Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2).
- Trastorno explosivo intermitente 312.34 (F63.81).
- Trastornos de la personalidad Grupo B:
 - Trastorno de la personalidad antisocial 301.7 (F60.2).
 - **Trastorno de la personalidad límite** 301.83 (F60.3).

En el segundo grupo, impulsividad como factor de riesgo o como síntoma asociado, los trastornos mencionados en el DSM-5 son:

- Trastorno del espectro del autismo 299.00 (F84.0).
- Trastorno de la Tourette 307.23 (F95.2).
- Trastorno por estrés postraumático 309.81 (F43.10).
- Trastorno por estrés agudo 308.3 (F43.0).
- Trastornos alimentarios y de la ingestión de alimentos:
 - Anorexia nerviosa 307.1 (F50.X).
 - Bulimia nerviosa 307.51 (F50.2).
- Trastornos destructivos, del control de los impulsos y de la conducta:
 - Cleptomanía 312.32 (F63.2).
 - Piromanía 312.33 (F63.1).
- Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos.
- Trastorno de síntomas somáticos 300.82 (F45.1).
- Trastorno histriónico de la personalidad 301.50 (F60.4).

Además la impulsividad aparece en las características de los episodios maníacos e hipomaníacos, por lo que podemos incluir sin temor a equivocarnos al trastorno bipolar dentro de este último grupo.

¹ Citado en lo sucesivo también como TDAH.

Definición de técnicas eficaces

Para clarificar el concepto de técnica vamos a distinguirla de otros términos afines. Según la Real Academia Española en su versión digital, se entiende por técnica al conjunto de procedimientos y recursos de que se sirve una ciencia o arte. De este modo, las técnicas de intervención psicológicas son un conjunto heterogéneo de procedimientos concretos que se aplican por el profesional de la psicología, o por una persona entrenada, con el fin de obtener un resultado concreto. Serían pues las herramientas básicas con las que cuenta el psicólogo en su actividad profesional.

Estas técnicas pueden ser agrupadas para tratar un trastorno o problema concreto constituyendo un programa multicomponente. Los programas multicomponente “son programas integrados por distintas técnicas que se insertan en un régimen de tratamiento unitario” (Moreno, 2011 en Méndez, Espada y Orgilés, 2011, p. 326).

Según Labrador (2008) un tratamiento psicológico es una intervención profesional, basada en técnicas psicológicas, en un contexto clínico. Habida cuenta de la expansión de la psicología a otros campos, este contexto tan restringido podría ampliarse. Así mismo, las técnicas referidas comprenderían la aplicación de técnicas especializadas de evaluación y de tratamiento con el fin de orientar, enseñar habilidades o mejorar los síntomas o problemas que presenta el paciente.

Con respecto al concepto de *eficacia*, este término hace referencia a la “capacidad que tiene el tratamiento de producir cambios psicológicos (conductuales o de otro tipo) en la dirección esperada que sean claramente superiores con respecto a la no intervención, el placebo o a los otros tratamientos estándar disponibles en ese momento (Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2011, p. 26). Estos autores clasifican los tratamientos en tres grupos, tratamientos bien establecidos, tratamientos probablemente eficaces y tratamientos en fase experimental (véase Pérez, Fernández, Fernández & Amigo, 2011, p. 29 para ver los criterios de inclusión en cada grupo).

Consideramos oportuno traer a colación, sin ánimo de ser redundante, la graduación empleada por Barkley, ya que constituye una de las fuentes bibliográficas que citaremos en el apartado siguiente. Barkley (Smith, Barkley, & Shapiro, 2006) por su parte sigue un sistema de graduación diferente aunque similar al adoptado por la División 12 de la American Psychological Association sobre Estudios Empíricamente Validados (Chambless et al., 1998) (véase <http://www.div12.org/psychological-treatments/disorders/>). A modo de resumen, indicar que para este autor, el grado A y B corresponden a tratamientos bien establecidos, el

grado C y D a tratamientos probablemente eficaces, y el grado F serían tratamientos en fase experimental.

Para hacernos una idea más precisa de estos criterios, Seligman (1995) indica los requisitos que debe reunir un estudio de eficacia ideal:

1. Los pacientes son asignados aleatoriamente a los grupos experimental y control.
2. El tratamiento es manualizado, conteniendo un guión altamente detallado.
3. Los resultados esperados son operativizados.
4. Los pacientes no son conocedores de a qué grupo han sido asignados.
5. Los pacientes cumple los criterios de un único trastorno, siendo excluidos aquellos diagnosticados con múltiples trastornos.
6. Se realiza un seguimiento por un periodo determinado después del tratamiento mediante procedimientos estandarizados.

Llegados a este punto lo lógico es preguntarnos si los resultados obtenidos en este tipo de estudios pueden extenderse a la población clínica real. En este caso hablaríamos de *efectividad*, y el objetivo es “determinar si los tratamientos estudiados producen efectos en amplias poblaciones de pacientes en el ambiente clínico real” (Pérez et al., 2003, p. 27). En este caso, la asignación aleatoria es de muy difícil aplicación, aunque ambos tipos de abordajes no son incompatibles y en una mayoría de casos arrojan resultados coincidentes. Estrechamente relacionado con estos dos términos está la *eficiencia* terapéutica, logro de los objetivos clínicos al menor coste posible.

De este modo en el presente trabajo entendemos por *técnica eficaz* a aquellas técnicas que se integran dentro de tratamientos psicológicos bien establecidos para un trastorno específico y que han demostrado empíricamente mejoría en el síntoma diana de dicha técnica. Así podemos considerar que la técnica ha demostrado su eficacia dentro de este marco concreto, no implicando que pueda obtener los mismos resultados en otras psicopatologías. Quedaría la duda de si el efecto conseguido es fruto también de la interacción de los diversos componentes que conforman el tratamiento, aspecto este que escapa a las posibilidades de tiempo y espacio del presente trabajo.

Técnicas eficaces en función de cada trastorno

Una vez determinado que entendemos por técnica eficaz, el primer paso será determinar que tratamientos psicológicos han demostrado su eficacia en los dos trastornos seleccionados. Una vez alcancemos este punto, profundizaremos un poco más, tratando de determinar qué componentes de estos tratamientos son los que inciden directamente sobre la impulsividad.

Aunque existan, no haremos mención a los tratamientos farmacológicos bien establecidos, pues este no es el objetivo del presente trabajo. Indicar además que para una mejor comprensión dividiremos los tratamientos/técnicas en conductuales y cognitivo-conductuales.

Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.

Lo primero que queremos destacar es que la mayoría de manuales y artículos consultados no hacen propuestas de tratamiento específicas en función del subtipo de TDAH (presentación predominante con falta de atención, presentación predominante hiperactiva/impulsiva o presentación combinada).

A nivel general Corral (2011), en la Guía de tratamientos psicológicos eficaces, mantiene que desde la perspectiva de la psicología clínica basada en la evidencia, la terapia combinada (fármacos y tratamientos conductuales) constituye un tratamiento bien establecido y la terapia cognitivo-conductual es un tratamiento probablemente eficaz, obteniendo resultados de un 66% y 33% de éxitos respectivamente.

La parte del tratamiento dirigida al control de la impulsividad revela una primera parte cognitivo-conductual dirigida al niño, orientada a la autorregulación y al control de la ira. Las técnicas indicadas son el *entrenamiento en autoinstrucciones* (Meichenbaum & Goodman, 1971), la *técnica de la tortuga* (Schneider & Robin, 1976) y la *técnica de resolución de problemas* (D’Zurilla & Nezu, 1982).

Además Corral propone una segunda parte, eminentemente conductual, dirigida a niños, padres y profesores. De este modo se establecen dos programas de modificación de conducta, a desarrollar en casa y en el centro escolar respectivamente. Las técnicas que lo componen son reforzamiento positivo, extinción, reforzamiento diferencial de tasas bajas, tiempo-fuera y sobrecorrección, organizados en base a una economía de fichas. Para una descripción más detallada de estas técnicas y de cómo aplicarlas véase Olivares y Mendez (1998).

Esta última parte coincide sobremanera con la base teórica propuesta por uno de los investigadores más relevantes el campo del TDAH, Russell A. Barkley. Según Barkley (2002),

el TDAH parece ser un retraso del desarrollo de la autorregulación de la conducta y la conducta dirigida a metas y por lo tanto las intervenciones que proporcionen más información externa para guiar la conducta a través del incremento de las consecuencias externas serán útiles. “Tales procedimientos para la manipulación artificial de eventos antecedentes y consecuentes son precisamente aquellos que proporcionan las terapias de conducta” (Smith et al., 2006, p. 96).

Barkley realiza una revisión crítica de los tratamientos que han demostrado su eficacia en el tratamiento del TDAH, señalando que los principales tratamientos eficaces son: (1) Psicofarmacología, (2) Entrenamiento de padres en métodos de control conductual, (3) Entrenamiento de profesores en el control conductual y (4) Combinaciones de estos enfoques en programas multimodales.

Con respecto a las intervenciones conductuales, estas técnicas deben ser empleadas en intervalos amplios de tiempo (de meses a años), tal como dispositivos protésicos, además de ser usados en varios contextos. Con estos requisitos diversos estudios han demostrado la eficacia de programas de entrenamiento conductual para padres² (Bor, Sanders, & Markie-Dadds, 2002; Hartman, Stage, & Webster-Stratton, 2003 según citados en Smith, et al., 2006).

Las técnicas concretas consisten en entrenar a los padres en el manejo de contingencias, tales como la aplicación de refuerzo o castigo después de conductas apropiadas o inapropiadas respectivamente. Los procedimientos de refuerzo son alabanzas, privilegios o fichas. Los métodos de castigo tienen que ver con la pérdida de atención, de privilegios o fichas, o tiempo fuera de reforzadores.

El programa BTP de Barkley consiste en diez pasos, los cuales se centran en el uso de técnicas conductuales como establecer una economía de fichas en casa o en uso del tiempo fuera en caso de incumplimientos. Este método obtiene un grado alto de eficacia (entre A y B) en su aplicación con niños en educación primaria (Anastopoulos et al., 1993; Johnston, 1992; Pisterman et al., 1989 según citados en Smith, et al., 2006), sin embargo no ha obtenido tal eficacia en preescolares o adolescentes.

Con respecto al entrenamiento del profesorado, la eficacia de los procedimientos de coste de respuesta con niños con TDAH está bien documentada por Barkley a través de diversos trabajos (DuPaul, Guevremont, & Barkley, 1992; Gordon, Thomason, & Cooper, 1990; Rapport, Murphy, & Bailey, 1982). Según Barkley la literatura indica que el manejo de

² En lo sucesivo BTP (Behavioral parent training).

contingencias puede producir mejoras en el comportamiento y el rendimiento inmediatas y significativas en niños con TDAH en la escuela. Varios aspectos a tener en cuenta, en primer lugar, los reforzadores secundarios o tangibles son más efectivos en reducir la conducta disruptiva que la atención y el refuerzo social. El uso de programas de refuerzo positivo exclusivamente no parece producir mejorías al nivel que las que produce la combinación de sistemas de economía de fichas con castigos, tales como el coste de respuesta. Por último, estas ganancias se pierden una vez retirado el tratamiento y probablemente no se generalizan a otros contextos. Estos programas de manejo de contingencias en la escuela son considerados también eficaces (grado A o B).

Barkley no se limita a buscar apoyo empírico a su enfoque, sino que nos proporciona información referente al tratamiento cognitivo-conductual (CBT). Tales tratamientos implican el entrenamiento en autoinstrucciones sobre cómo afrontar la tarea, estrategias a emplear durante la tarea y autoreforzamiento al final de la misma. Barkley apunta que su eficacia para niños impulsivos ha sido repetidamente desafiada por los pobres o limitados resultados de estudios empíricos (Abikoff, 1985, 1987; Abikoff & Gittelman, 1985, DuPaul & Eckert, 1997, según citados en Smith, et al., 2006). De este modo, dada la ausencia de efecto del tratamiento, la terapia cognitivo-conductual obtiene, siempre según este autor, una baja eficacia (grado D).

Esta opinión contrasta con la de otros autores. Orjales (2007) realizó una revisión de los programas cognitivos aplicados a niños con TDAH, analizando su eficacia y el efecto de su combinación con otras técnicas cognitivas y conductuales. A través de su práctica clínica durante más de diez años utilizando esta técnica como parte de los programas con niños con TDAH y a través de otros estudios concluye que el entrenamiento autoinstruccional demostró ser efectivo en la reducción de la impulsividad (Weithorn y Kagen, 1979; Brown, 1980, según citados en Orjales, 2007), siendo especialmente indicado para niños impulsivos entre 6 y 12 años.

El entrenamiento en autoinstrucciones fue desarrollado por Donald Meichenbaum en la Universidad de Waterloo (Canadá) influido por los trabajos de Vygotsky y posteriormente Luria sobre las relaciones entre pensamiento y lenguaje, partiendo del supuesto de que el lenguaje guía la conducta. A raíz de estas teorías Meichenbaum y Goodman desarrollan el *Entrenamiento Mediacional Cognitivo o Autoinstruccional* (Meichenbaum & Goodman, 1971). De este modo Meichenbaum (1974) describe las autoinstrucciones como una especie de prótesis cognitivas (cognitive prosthesis) que facilitan el cambio para pasar de mecanismos de control externo de la conducta al autocontrol. Su propuesta consta de cinco fases: (1) Modelado

cognitivo, (2) Guía externa, (3) Autoinstrucción manifiesta, (4) Autoinstrucción manifiesta atenuada y (5) Autoinstrucción encubierta. A estas Orjales (2007) añade una autoinstrucción más, previa a las anteriores, (0) Primero, miro y digo todo lo que veo.

En vista a la controversia sobre la eficacia del entrenamiento Autoinstruccional, el propio Meichenbaum (1992) realiza algunas sugerencias clínicas para el éxito de dicha técnica, destacando entre ellas complementar el entrenamiento con otras técnicas, como son la técnica de la tortuga (Schneider & Robin, 1976), el entrenamiento en correspondencia (Roger, Warren y Baer, 1976) y con procedimientos operantes como el coste de respuesta. La técnica de la tortuga combina resolución de problemas, modelado y entrenamiento en relajación, teniendo como objetivo enseñar a los niños a autocontrolar sus conductas impulsivas.

Orjales si coincide con Barkley en un aspecto fundamental, ambos insisten en que un factor determinante para la aparente ineficacia en muchas investigaciones es la brevedad de las intervenciones, que en el mejor de los casos llega a cuatro meses, tiempo insuficiente para valorar la eficacia de un tratamiento que pretende desarrollar el pensamiento reflexivo.

Similar planteamiento al de Corral es el propuesto por el grupo de Buela Casal, llegando a proponer un tratamiento mixto con énfasis en las acciones y los pensamientos en El niño impulsivo (Buena-Casal, Carretero-Dios & De los Santos-Roig, 2002). Su propuesta auna las estrategias cognitivas y metacognitivas con las consecuencias del ambiente, dejando claro que las técnicas de modificación de conducta deben ir acompañadas por las *autoinstrucciones*, a las que consideran como “un componente esencial en los programas de corte cognitivo-conductual dirigidos hacia la intervención en la impulsividad” (Buena-Casal et al., 2002, p. 188), puntualizando que son efectivas aunque junto con otros procedimientos conductuales. Además señalan que otro componente importante en estos programas es la *técnica de resolución de problemas* (D’Zurilla & Nezu, 1982), compuesta por cinco fases: (1) Orientación hacia el problema, (2) Definición y formulación del problema, (3) Generación de alternativas de solución, (4) Toma de decisiones y (5) Puesta en práctica de la solución y verificación.

En la misma línea Moreno (Moreno, 2001, 2002, 2013) aboga por el tratamiento multimodal que combine terapia farmacológica y cognitivo-conductual, aunque respecto a la eficacia “los resultados obtenidos son contradictorios y, por tanto, no avalan la hipótesis acerca de que esta modalidad terapéutica mejora los resultados que obtiene los dos métodos por separado” (Moreno, 2002, p. 129). En la parte conductual opta por un planteamiento calcado a Barkley, enfatizando la intervención de padres y profesores como coterapeutas. En el apartado de técnicas cognitivas incluye el entrenamiento en autoinstrucciones y la técnica de la tortuga

anteriormente referidos. Esta autora subraya como ejes de referencia los principios de individualización (Moreno, 1995), contextualización de la terapia y cuidado crónico en muchos casos (Barkley, 2011).

Este enfoque multicomponente es ampliamente aceptado por la literatura consultada (Bonet, Soriano, & Solano, 2006; Bornas & Servera, 1996; Lavigne & Romero, 2010), resaltando el entrenamiento de padres y profesores e incluyendo un enfoque cognitivo-conductual en el que vuelven indicar el uso del entrenamiento en autoinstrucciones y la solución de problemas. A este respecto, “desde el punto de vista experimental, existen pocas diferencias en los resultados que se obtienen sobre medidas de impulsividad y de rendimiento a través de las autoinstrucciones y el entrenamiento en solución de problemas (Bornas & Servera, 1996, p.155).

Este aparente consenso no es compartido por todos los autores consultados. Ruíz, Luciano, Gil, y Barbero (2012) cuestionan la eficacia del entrenamiento autoinstruccional e incluyen como únicos tratamientos empíricamente validados al tratamiento psicofarmacológico y al tratamiento conductual. Llama la atención la inclusión del ejercicio físico siendo considerado como “eficaz en reducir la frecuencia de las conductas impulsivas” (Ruíz et al., 2012, pp. 692), siendo este aspecto compartido por Lavigne y Romero (2010). Entre los tratamientos posiblemente eficaces también incluyen el entrenamiento en correspondencia decir-hacer (Rogers-Warren y Baer, 1976), la terapia metacognitiva y dos propuestas enmarcadas en las terapias de tercera generación, la Terapia Cognitiva basada en el Mindfulness y la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 1993), de esta última hablaremos ampliamente en el siguiente apartado.

Trastorno de personalidad límite.

Los trastornos de la personalidad³ ocupan en los últimos años un lugar preponderante en la psicología clínica dada su alta incidencia en la población. A la hora de definir los TTPP nos remitimos al DSM-5 (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, APA, 2014), según el cual un TP es “un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto...es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto”.

³ En adelante TTPP.

El tratamiento de los TTPP se ha convertido en una de las piezas más difíciles de resolver de los trastornos mentales, siendo durante muchos años territorio casi exclusivo de las terapias de orientación dinámica. Belloch (2002) indica que las dificultades aludidas proceden de diversas fuentes. En primer lugar, los TTPP afectan a un amplio espectro de la vida del paciente, incidiendo sobre aspectos nucleares de la identidad y, por lo tanto, se crean gruesas capas de resistencia al cambio. Por otra parte los TTPP vienen acompañados por altos niveles de comorbilidad. Además, su persistencia en el tiempo y cronicidad desarrolla importantes mecanismos de refuerzo en el contexto donde reside el paciente.

En este trabajo nos centraremos en el Trastorno límite de personalidad (TLP) que se incluye junto con los trastornos de la personalidad antisocial, histriónica y narcisista en el cluster B, compartiendo elementos comunes como son “la inestabilidad emocional y, sobre todo, la impulsividad, que se traduce en la tendencia irresistible a violar o contravenir las normas sociales” (Belloch & Fernández-Álvarez, 2002, p. 49).

La característica esencial del trastorno límite de la personalidad es un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos. Las personas con este trastorno demuestran impulsividad en al menos dos áreas potencialmente peligrosas para ellos mismos: apostar, gastar dinero irresponsablemente, darse atracones, abusar de sustancias, involucrarse en prácticas sexuales no seguras o conducir temerariamente. Muy vinculados a la impulsividad estos sujetos presentan comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes o comportamiento de automutilación.

Estos comportamientos impulsivos representan dos de los nueve criterios diagnósticos recogidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014a), aunque más descriptivo que ninguno de estos criterios es la descripción de la personalidad límite como el antagonismo fuego-hielo (Caballo, 2009), al referirse a las dicotomías que son una constante en todos los ámbitos de los límite, siendo necesario recordarles que el mundo no es ni blanco ni negro. Son capaces de amar y odiar como el que más, entregándose por completo al comienzo de una relación, sea de tipo amorosa, amistosa o familiar, aunque estas relaciones emocionales suelen fluctuar y ser efímeras.

La impulsividad es un rasgo tan nuclear del TLP que de hecho uno de los términos propuestos a través de los años para este trastorno ha sido el de trastorno impulsivo de la personalidad. En esta línea, la Clasificación Internacional de enfermedades en su décima versión (CIE-10) indica un subtipo impulsivo de este trastorno que se caracteriza por una

marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias, criterio que encaja perfectamente con la definición que hemos adoptado de impulsividad en el presente trabajo.

La elección de este trastorno no responde al azar, sino a varias razones de distinta índole, por un lado porque es el TP al que tanto clínicos como investigadores ha dedicado mayor atención y esfuerzos. Además es el TP más prevalente, estimándose que alrededor del 2% general y el 20% entre los pacientes psiquiátricos ingresados cumplen sus criterios diagnósticos (American Psychiatric Association, 2014b). Por último porque representa una excepción dentro de los TTPP, ya que es el único TP que cuenta con un tratamiento que ha obtenido suficiente apoyo empírico.

En un primer análisis, a la luz de la revisión bibliográfica realizada, “no parece estar todavía demostrado que exista ningún tratamiento psicológico que pueda considerarse <<bien establecido>>, ni para los TTPP en general ni para ninguno de los diversos TTPP en particular” (Quiroga & Errasti, 2011, p. 408), sin embargo la consulta de los datos colgados en la web de la División 12 de la American Psychological Association nos revelan que esto no es del todo cierto. Así podemos señalar un tratamiento con fuerte apoyo empírico para el TP límite: la terapia dialéctico conductual (TDC). La TDC obtiene el respaldo de al menos dos estudios bien diseñados de grupos de investigación independientes, la mayoría encabezados por la propia Dra. Linehan y su grupo de investigación de la Universidad de Washington, existiendo por tanto un amplio número de estudios que constatan la eficacia de la TDC (Labrador & Crespo, 2012).

La TDC es un tratamiento psicológico de tercera generación desarrollado específicamente para abordar el TLP, especialmente los síntomas de impulsividad e inestabilidad emocional que se materializan en actos suicidas y parasuicidas, aplicándose con éxito a otras poblaciones de pacientes con elevada impulsividad.

Reducir la impulsividad y las conductas autolíticas es considerado un paso previo para intentar cambios en los núcleos disfuncionales básicos. Para atacar la impulsividad, el paciente debe identificar claramente el impulso y las motivaciones que lo acompañan, para ello se utilizan técnicas de entrenamiento en autoobservación que más adelante desvelaremos.

La terapia se aplica individualmente, aunque para entrenar las habilidades se lleva a cabo terapia grupal, estableciéndose también consultas telefónicas como recurso para reducir el riesgo de suicidio. Es un programa muy sistematizado de más de un año de duración con

énfasis en la práctica y la repetición, combinando técnicas cognitivo-conductuales con aproximaciones zen y budistas basadas en la aceptación de la realidad.

El tratamiento está basado en una perspectiva dialéctica, la cual tiene tres características principales. En primer lugar la dialéctica asume una perspectiva sistémica de la realidad, el todo es más que la suma de las partes (principio de totalidad). En segundo lugar, la realidad es un conjunto de fuerzas, tesis y antítesis, que se oponen entre sí (principio de polaridad). Por último la realidad es dinámica (principio de cambio continuo). Uno de los objetivos de la terapia es sustituir el pensamiento dicotómico, blanco o negro, por un pensamiento dialéctico, siendo la meta primaria la reducción del suicidio, puesto que “ninguna psicoterapia es eficaz con un paciente muerto” (Mintz, 1968 citado por Linehan, 1993).

Uno de los aspectos más innovadores es el cambio de objetivo en la terapia. La terapia cognitivo-conductual clásica se centra en solucionar los problemas mediante el cambio comportamental y cognitivo. Linehan pone el énfasis en la aceptación y la validación, la aceptación de los problemas emocionales del paciente y la validación de sus capacidades como paso previo para conseguir el cambio.

La TDC propone dos estrategias básicas. Las *estrategias de validación* se centran en que el terapeuta y el paciente encuentren e identifiquen el valor de las capacidades, emociones, creencias y actitudes del paciente. La *solución de problemas* constituye la técnica básica del tratamiento, por ejemplo a la hora de reducir la conducta suicida. Se analizan conductualmente los problemas, se generan soluciones y se aplica una de ellas. La autora deja claro este aspecto al afirmar que “las estrategias de resolución de problemas son la médula del componente práctico de la formación de habilidades” (Linehan, 2003, p. 99). Es más, esta técnica ocupa 50-60 minutos de cada sesión grupal, de modo que los clientes empiecen a usar estrategias de resolución de problemas entre sí.

Además el programa incluye cuatro módulos de habilidades específicas, habilidades básicas de conciencia (mindfulness skills), de tolerancia al malestar, de regulación emocional y habilidades sociales. La enseñanza de estas habilidades psicosociales se hace necesaria cuando las soluciones a los problemas de un individuo requieren de habilidades conductuales que no se hallan en su repertorio conductual actual. De este modo, como indica Linehan (1993), el objetivo central de la TDC es reemplazar la conducta ineficaz por todo lo contrario, ayudando al individuo a adquirir las habilidades necesarias. Exponemos a continuación las dos primeras, ya que son las que tienen como síntoma diana la impulsividad. Toda la estructura y

aplicación del programa puede consultarse en el manual de referencia de la autora (Linehan, 2003).

El entrenamiento en habilidades es un aspecto central de la TDC, que, idealmente, es llevado a cabo por dos terapeutas en una sesión grupal, requiriendo cada módulo alrededor de ochos sesiones de entrenamiento.

En el primer módulo, habilidades de tomas de conciencia, se entrenan específicamente *técnicas de mindfulness*. Son las primeras que se enseñan y se trabajan durante todo el tratamiento. Están basadas en las filosofías orientales de meditación Zen. La meta es que el paciente aprenda a controlar su mente y no que su mente lo controle. Los ejercicios de mindfulness ayudan a que el paciente concentre su atención en el <<aquí y ahora>>.

Las habilidades para tolerar el malestar constituyen una progresión natural de las habilidades básicas de conciencia, estando igualmente basadas en el mindfulness y las filosofías Zen y budistas. La tolerancia al malestar es la habilidad para percibir el propio ambiente sin querer que sea diferente.

Este grupo de habilidades se divide a su vez en dos, las dirigidas a sobrevivir a las crisis y las enfocadas a aceptar la vida tal como es en un momento dado. Para aceptar la realidad se usan *técnicas de respiración* (respiración profunda, medir la respiración mediante pasos, contar la respiración...), *técnica de la media sonrisa* (relajar la cara, el cuello y los hombros y dibujar una media sonrisa con los labios cuando nos acabamos de despertar, cuando nos enfadamos...) y *ejercicios de conciencia* (conciencia de las posiciones del cuerpo, mientras nos preparamos un té o limpiamos la casa).

Del mismo modo la Dra. Linehan nos indica cuatro grupos de técnicas de supervivencia a las crisis para evitar la respuesta impulsiva: las técnicas de distracción, relajar cada uno de los cinco sentidos, mejorar el momento y pensar en los pros y contras de tolerar el malestar. Estamos ante las herramientas básicas o técnicas del tratamiento, por ello vamos a detenernos en profundizar en ellas.

1. *Técnicas de distracción:*

- a. Llevar a cabo actividades distractoras.
- b. Ayudar a los demás.
- c. Comparas nuestra situación con otras.
- d. Generar emociones opuestas.
- e. Dejar de lado situaciones negativas.

- f. Tener pensamientos distractores.
 - g. Experimentar sensaciones intensas.
2. *Proporcionarse estímulos positivos*: consiste en relajarse y cuidarse uno mismo utilizando los cinco sentidos. Por ejemplo, darse un baño de espuma (tacto).
 3. Mejorar el momento: vivir el presente utilizando *técnicas de relajación muscular, autoinstrucciones* para darse ánimo o darse cuenta cómo se mueve el cuerpo en cada tarea.
 4. Pensar en los pros y los contras de la conducta impulsiva. Hacer listas o recordar que ha sucedido en el pasado cuando actuamos impulsivamente para escapar del momento.

Por último, el hecho de que estudios recientes sugieran que el entrenamiento en habilidades de la TDC podría ayudar a reducir los síntomas de déficit de atención con hiperactividad en sujetos adultos (Hirvikoski et al., 2011) puede ser un buen indicador de la efectividad de los componentes de esta terapia para el tratamiento de la impulsividad.

Así mismo es indicativo destacar que otras terapias cognitivo-conductuales que se encuentran en fase experimental, como las desarrolladas por Turner (1994) y Turkat (1990) incluyen igualmente el *entrenamiento en solución de problemas* (Caballo, 2009).

Para finalizar queremos destacar la Terapia Icónica (Santiago, 2008), un tratamiento innovador que se lleva aplicando desde 1997 en la Unidad Funcional TLP del Centro Asistencial “San Juan de Dios” de Málaga. La “Terapia Icónica para la Estabilización Emocional” permite a la persona impulsiva ser capaz de reflexionar evocando la sesión terapéutica, en cuestión de segundos, logrando, de este modo, anticiparse al impulso. Los resultados son prometedores y actualmente se está llevando a cabo un estudio con diseño pre-post para valorar la eficacia del programa en población con TLP.

La terapia se divide en tres grandes bloques, integrando técnicas sobradamente conocidas en el campo de la psicología con otras diseñadas específicamente para esta terapia.

Por un lado la parte psicoeducativa, dónde se conceptualiza el modelo explicativo y se concientiza a la persona de sus conductas inadaptadas y respuestas impulsivas, analizando las posibles causas. El segundo bloque se corresponde con el entrenamiento en sesiones grupales, poniéndose en juego las técnicas cognitivo conductuales para afrontar la situación. El tercer bloque comprende la terapia individual y el trabajo personal que el sujeto debe realizar en su día a día para afianzar las técnicas aprendidas en el bloque anterior.

El núcleo del tratamiento se centra en el segundo bloque, que va dirigido al entrenamiento en estrategias de afrontamiento. Este circuito de conducta adaptada se compone de tres eslabones: frase llave, enfriamiento y elección de la técnica de afrontamiento.

La *frase llave* fue propuesta por Gendlin en 1969 quien la definió como una autoverbalización personal y motivante para cambiar la actitud y ayudar al afrontamiento. En realidad es una autoinstrucción elaborada previamente por el paciente para detener los pensamientos negativos y analizar y afrontar la situación.

El *enfriamiento emocional* supone el uso de técnicas para distanciarse emocionalmente del conflicto y poder analizarlo mejor, estudiado por autores como Calkins y colaboradores (1999), Meichenbaum (1987) y McKay, Davis y Fanning (1985) citados por Santiago (2008). Este distanciamiento es trabajado por la autora mediante dos técnicas, la *técnica del vecino*, por la que el sujeto imagina lo que le aconsejaría a un vecino en su misma situación y la *técnica de darse tiempo*, aplazando el análisis durante unas horas o días para evitar decisiones precipitadas mientras se distrae con otras actividades.

Llegados a este punto la autora presenta tres técnicas de afrontamiento a elegir dependiendo del tipo de problema a afrontar. Si el problema es de toma de decisiones se recurrirá a la *técnica del ramillete*, que en realidad es una adaptación menor de la técnica de solución de problemas (D'Zurilla & Nezu, 1982) indicándole al paciente que busque cinco alternativas y que la solución ideal no existe. Si el problema es de relación interpersonal se recurre a la *técnica del grano*, estableciendo los pasos básicos para expresar y recibir una queja. Y por último, si el problema es de autoculpabilización o inseguridad se usa la *técnica del teléfono* que se basa en el concepto de <<aprender de los errores>> propio de la psicología del aprendizaje, que consiste en rescatar los aspectos parciales de una conducta que hayan sido realizados correctamente.

Lo realmente novedoso de este tratamiento es la adaptación de estas técnicas a personas inestables e impulsivas y la utilización de iconos, que dan nombre a la propia terapia, para representar las técnicas trabajadas, facilitando su evocación en cuestión de segundos, lo que permite que el paciente pueda, en muchos casos, anticiparse al impulso.

Conclusiones

Con respecto al TDAH, existe un amplio consenso entre los investigadores de que la farmacoterapia, necesaria en la mayoría de los casos, debe ir acompañada de un tratamiento cognitivo-conductual. A este respecto, a día de hoy, las técnicas aplicadas en el tratamiento del TDAH sobre las que hay más estudios controlados son dos, el *Entrenamiento Mediacional Cognitivo o Autoinstruccional* (Meichenbaum y Goodman, 1971) y la *solución de problemas* (D’Zurilla y Nezu, 1982), ambos indicados para la modificación de la impulsividad. Únicamente dos autores rechazan explícitamente la eficacia del entrenamiento autoinstruccional (Ruíz et al., 2012; Smith et al., 2006).

Es importante señalar además que las técnicas conductuales siguen siendo un elemento innegociable dentro del tratamiento del TDAH, debiendo éstas aplicarse tanto en el contexto escolar como familiar (Barkley, 2011; Corral, 2011; Moreno, 2001, 2002, 2013; Smith et al., 2006). Esta aplicación conjunta ha sido especialmente validada en educación primaria (6-12 años), necesitándose más estudios para extender estas conclusiones a poblaciones de educación infantil y secundaria.

En esta línea, los estudios y literatura que estudian este trastorno en adultos son aún más escasos, por lo que constituye una línea de investigación prometedora, puesto que las manifestaciones del trastorno irán variando notablemente a lo largo ciclo vital. Así mismo, la mayoría de autores realizan propuestas de tratamiento muy generales, siendo necesario desarrollar terapias más adaptadas a cada subtipo de TDAH, siendo este trabajo un esfuerzo por determinar técnicas para el subtipo impulsivo. En todo caso, se debe hacer hincapié en el desarrollo de intervenciones más largas, ya que este será un factor determinante en la eficacia del tratamiento (Barkley, 2011; Orjales, 2007).

Continuando con nuestro razonamiento, pero metiéndonos ya de lleno en los TTPP, el único tratamiento con evidencia empírica para el TLP, la Terapia Dialéctico conductual, también incluye entre las habilidades a desarrollar en el paciente las *autoinstrucciones* y la *resolución de problemas*, aunque también es cierto que la Dra. Linehan de un papel más relevante a las técnicas relacionadas con el *Mindfulness*. Esta coincidencia de técnicas en trastornos tan dispares como el TDAH y el TLP es un indicador claro de la eficacia de estas dos técnicas en el manejo de la impulsividad.

Llegados a este punto, consideramos necesario resaltar algunas de las similitudes entre la Terapia Conductual Dialéctica (Linehan, 2003) y la Terapia Icónica (Santiago, 2008), ya que quizás esto pueda darnos algunas pistas sobre cuáles son los componentes críticos.

Ambas utilizan la técnica de *solución de problemas*, aunque en la TCD esta queda en un segundo plano y por debajo de las técnicas de *mindfulness*. Ambas utilizan *técnicas de distracción* y *autoinstrucciones*, aunque las primeras tienen más peso en la TCD y las segundas en la Terapia Icónica (frase llave). Ambas compaginan la terapia individual y grupal, resaltando la importancia de la terapia grupal para la enseñanza y aprendizaje de las habilidades y técnicas empleadas. Ambas consideran importantes la aceptación y validación como paso previo al cambio. Las dos terapias hacen uso de las metáforas como forma rápida de transmitir una idea. Y por último, ambas incluyen un módulo de habilidades sociales, aunque ninguna como elemento nuclear de su programa.

De todas estas similitudes destacamos la confirmación de la validez de la *técnica de resolución de problemas* y las *autoinstrucciones* con paciente con TLP, sin embargo lo novedoso en la entrada en juego de las *técnicas de mindfulness*. En un principio parece tener bastante sentido aplicar este tipo de técnicas cuando hablamos de impulsividad, lo llamativo es que este tipo de técnicas no hayan sido usadas en este contexto hasta principios del siglo XXI. Una línea de trabajo interesante es la aplicación de esta terapia de tercera generación al tratamiento del TDAH, tanto en niños como en adultos, de hecho en la actualidad este tratamiento está siendo estudiado en clínicas y universidades de EEUU y países europeos con resultados muy alentadores.

De todas formas debemos ser muy cautos a la hora de destacar una técnica concreta por encima de otras, ya que su uso aislado es inviable y “el empleo de programas multimodales cuenta con la limitación de el desconocimiento existente acerca de cuáles son los componentes críticos, su influencia y peso específico en los resultados” (Moreno, 2001, p.91). Esta puede ser una de las limitaciones fundamente de este trabajo.

Lo que si tenemos claro es que las líneas de investigación abierta han de profundizar en el futuro en las propuestas que abogan por tratamientos individualizados, programas de amplio espectro y enfoques que tengan en cuenta el TDAH y el TLP como una condición crónica en la mayoría de los casos. En definitiva, como afirma Millón (1999), “no se trataría tanto de aplicar las técnicas existentes tomadas globalmente a trastornos enteros...como ir guiando el propio proceso de la terapia, con las múltiples técnicas de las que dispone la psicología entera según el aspecto concreto de la personalidad trastornada” (Quiroga & Errasti, 2011, p. 423)

En fin, adaptar la terapia al cliente es parte fundamental de esta apasionante profesión, aunque siempre habrá quienes busquen un protocolo unificado para el tratamiento de la

impulsividad, tarea que aunque enlaza con el enfoque transdiagnóstico (Belloch, 2012; Billieux, 2012), hoy por hoy es una quimera.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014a). *Guía de consulta de los criterios del diagnóstico del DSM-5*. Madrid: Médica Panamericana.
- American Psychiatric Association. (2014b). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Amorim Neto, R. D. C., & True, M. (2011). The development and treatment of impulsivity. *Psico*, 42(1), 134–141.
- Arce, E., & Santisteban, C. (2006). Impulsivity: a review. *Psicothema*, 18(2), 213–220.
- Barkley, A. (2011). Barkley. *Niños hiperactivos, como comprender y entender sus necesidades especiales. Guía completa del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)*. (2.ª ed.). Madrid: Ediciones Paidós.
- Barratt, E. S., Stanford, M. S., Kent, T. a., & Felthous, A. (1997). Neuropsychological and cognitive psychophysiological substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry*, 41(10), 1045–1061. [http://doi.org/10.1016/S0006-3223\(96\)00175-8](http://doi.org/10.1016/S0006-3223(96)00175-8)
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 295–311.
- Belloch, A., & Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Billieux, J. (2012). Impulsivité et psychopathologie une approche transdiagnostique. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, XVII(3), 42–65.
- Bonet, T., Soriano, Y., & Solano, C. (2006). *Aprendiendo con los niños hipereactivos. Un reto educativo*. Madrid: Thomson.
- Bornas, X., & Servera, M. (1996). *La impulsividad infantil. Un enfoque cognitivo-conductual*. Madrid: Siglo XXI.
- Buela-Casal, G., Carretero-Dios, H., & De los Santos-Roig, M. (2002). *El niño impulsivo. Estrategias de Evaluación, Tratamiento Y Prevención*. Madrid: Pirámide.

- Caballo, V. (coord.). (2009). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Chambless, D. L., Baker, M. J., Baucom, D. H., Beutler, L. E., Calhoun, K. S., Crits-Christoph, P., ... Woody, S. R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies , II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16. <http://doi.org/10.1037/e555332011-003>
- Colegio Oficial de Psicólogos de España (1993). *Código Deontológico del Psicólogo*. Recuperado de en: <http://www.cop.es/index.php?page=CodigoDeontologico>
- Corral, P. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para la hiperactividad. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández, & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Infancia y adolescencia*. (pp. 137–149). Madrid: Pirámide.
- Dickman, S. J. (1990). Functional and dysfunctional impulsivity: personality and cognitive correlates. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(1), 95–102.
- Dickman, S. J. (2000). Impulsivity, arousal and attention. *Personality and Individual Differences* 28, 563-581.
- D’Zurilla, T. J., & Nezu, A. (1982). Social problem solving. In *Advances in cognitive-behavioral research and therapy* (Vol. 1, pp. 201–274). Academic Press New York.
- Eysenck, H. J. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Eysenck, S. B. G., & Eysenck, H. J. (1978). Impulsiveness and venturesomeness: Their position in a dimensional system of personality description. *Psychological Reports*, 43(3), 1247–1255.
- Hirvikoski, T., Waaler, E., Alfredsson, J., Pihlgren, C., Holmström, A., Johnson, A., ... Nordström, A. L. (2011). Reduced ADHD symptoms in adults with ADHD after structured skills training group: Results from a randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 49(3), 175–185. <http://doi.org/10.1016/j.brat.2011.01.001>
- Kagan, J. (1965). Individual differences in the resolution of response uncertainty. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2(2), 154–160. <http://doi.org/10.1037/h0022199>

- Klinterberg, B., von Knorring, L., & Orelund, L. (2004). On the psychobiology of impulsivity. En R. Stelmack (Ed.), *On the Psychobiology of Personality: Essays in Honor of Marvin Zuckerman*. New York: Elsevier Science.
- Labrador, F. J., & Crespo, M. (2012). *Psicología clínica basada en la evidencia*. Madrid: Pirámide.
- Lavigne, R., & Romero, J. F. (2010). *El TDAH: ¿ Qué es?, ¿ Qué lo causa?, ¿ Cómo evaluarlo y tratarlo*. Madrid: Pirámide.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós.
- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control. *Journal of Abnormal Psychology*, 77(2), 115–126. <http://doi.org/10.1037/h0030773>
- Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. (1989). Delay of gratification in children. *Science*, 244(4907), 933–938. <http://doi.org/10.1126/science.2658056>
- Morales-Vives, F (2007). *El efecto de la impulsividad sobre la agresividad y sus consecuencias en el rendimiento de los adolescentes*. Tesis doctoral. Recuperada de <http://hdl.handle.net/10803/42934>
- Moreno, I. (2001). Tratamiento Psicologico De La Hiperactividad Infantil Programa. *Revista de Psicología General Y Aplicada*, 54(1), 81–93.
- Moreno, I. (2002). *Hiperactividad: prevención, evaluación y tratamiento en la infancia*. Ediciones Pirámide.
- Moreno, I. (2013). Tratamiento psicológico de un caso de déficit de atención e Hiperactividad. En F. X. Méndez, J. P. Espada, & M. Orgilés (Eds.), *Terapia psicológica con niños y adolescentes. Estudio de casos clínicos*. (pp. 323–341). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Orjales, I. (2007). El tratamiento cognitivo en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH): revisión y nuevas aportaciones. *Anuario de Psicología clínica y salud* 3, 19–30.

- Patton, J. H., Stanford, M. S. & Barratt, E. S. (1995). Factor Structure of the Barrat Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.
- Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (2011). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces III. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Quiroga, E., & Errasti, J. M. (2011). Guía de tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de la personalidad. En M. Pérez, J. R. Fernández, C. Fernández, & I. Amigo (Eds.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I. Adultos*. Madrid: Pirámide.
- Ramiro, P., Navarro, J. I., Menacho, I., & Aguilar, M. (2010). Estilo cognitivo reflexividad-impulsividad en escolares con alto nivel intelectual. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42(2), 193–202.
- Ruíz, F. J., Luciano, C., Gil, E., & Barbero, A. (2012). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. En M. A. Vallejo (Ed.), *Manual de Terapia de conducta. Tomo II*. (2.^a ed.). Madrid: Dykinson.
- Santiago, S. (2008). *Tratando... inestabilidad emocional. Terapia icónica*. Madrid: Pirámide.
- Schneider, M., & Robin, A. (1976). The turtle technique: A method for the self-control of impulsive behavior. *Counseling Methods. New York: Holt, Rinehart & Winston*.
- Seligman, M. E. (1995). The effectiveness of psychotherapy: the Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Smith, B. H., Barkley, R. A., & Shapiro, C. J. (2006). Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. En E. J. Mash & R. A. Barkley (Eds.), *Treatment of childhood disorders* (3rd. ed., pp. 65–136). New York: Guilford Press.
- Vigil Colet, A., y Morales Vives, F. (2005). How impulsivity is related to intelligence and academic achievement. *The Spanish Journal of Psychology*, 8, 199–204.