



UNIVERSITAT
JAUME • **I**

TESIS DOCTORAL

**AVANCES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE
EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE.
ESTUDIO DE SUBTIPOS Y SU RESPUESTA AL TRATAMIENTO**

Doctoranda:

ELENA CRESPO DELGADO

Dirigida por:

DRA. AZUCENA GARCÍA PALACIOS

DR. CARLOS SUSO RIBERA

Junio, 2022



Programa de Doctorado en Psicología

Escuela de Doctorado de la Universitat Jaume I

Avances en la investigación sobre el trastorno de personalidad límite. Estudio de subtipos y su respuesta al tratamiento.

Memoria presentada por Elena Crespo Delgado para optar al grado de doctora por la Universitat Jaume I

Nombre y apellidos de la doctoranda
y **FIRMA** original

Nombre y apellidos de los directores de la tesis
y **FIRMA** original

Castellón de la Plana, 06 de junio, 2022



Licencia CC Reconocimiento - No comercial - Compartir igual (BY-NC-SA).

*No se ha contado con fondos de financiación de agencias **públicas o privadas**.

AGRADECIMIENTOS

Quien me conoce bien y hace muchos años, sabe que el Tetris© era uno de mis juegos favoritos. Y, precisamente, ese juego es el fiel reflejo de lo que ha sido esta tesis en mi vida. Siempre he creído que en algún momento podría hacer “encajar la pieza”. Y así ha sido. Todo llega y todo pasa...

Son muchas las personas que me han acompañado en este camino y lo han recorrido a mi lado, dándome su aliento y dejando que me apoyara en ellas cuando lo he necesitado, que me han motivado, me han sostenido, me han jaleado y me han dado su ánimo siempre. Y, obviamente, es a ellas a las que quiero agradecer haber estado ahí. En primer lugar, a mis padres y hermanos, luchadores incansables de los que he aprendido a creer en el valor del esfuerzo y la constancia, a ser perseverante y no rendirme nunca y, en especial a mi madre, Rosa, mi referente y modelo, de la que tanto aprendo cada día, que ha cuidado de mis tres hijos cuando yo he necesitado tener cuatro horas seguidas para poder sacar adelante este trabajo. Sin ella hubiera sido imposible. A mi marido Nacho, mi amor, mi mitad, mi compañero de vida, al que admiro profundamente y que ha tenido que aguantar mis ratos de mal humor cuando no encontraba hueco para sentarme delante del ordenador y también cuando sí lo encontraba y tenía que hacerse cargo de todo. También hubiera sido imposible sin él. Te quiero. A mis hijos, Nacho, Elena y Ester, que son el motor de mi vida, los que hacen que todo este esfuerzo haya valido la pena. Ahora quiero devolverles todas las horas que les he robado y prometo hacerlo con creces. Os adoro. A mis amigas, a todas ellas, que han estado “empujando” conmigo en cada instante, a mi colla al completo, a “las de la paleta”, a las “diversas”, al grupo IPES (en especial a Vero y Laura), al SAP de la UJI donde comenzó todo, con Cristina a la cabeza, y donde comencé a sentir el gusanillo de la investigación y, como no, a Jorge, con quien lo he continuado y que es mucho más que un amigo, es con quien he compartido mil experiencias y siempre ha hecho seguimiento de esta tesis en esas “comidas/excusa” para insuflarme un poco de aire (y motivación) para terminarla, y que se alegró tanto como yo (o más...) cuando la deposité. Y en último lugar, a mi directora y codirector de tesis; Azucena, que me acogió como doctoranda con todo su cariño y me ha sostenido sin necesidad alguna, con todas las vicisitudes que han ido surgiendo, siempre con su sonrisa como carta de presentación, su claridad de mente, sus consejos, dulzura e inteligencia; y mi codirector de tesis, Carlos, que ha sido un soplo de aire fresco y que, con nuestros “japos”, sus ánimos y esa capacidad de raciocinio que le caracteriza, me ha ayudado a darle ese último “giro de ficha” que necesitaba el trabajo. Tod@s habéis sido piezas clave y sin vosotr@s no habría sido posible.

Gracias de todo corazón, porque “construir una vida que valga la pena vivir” es posible.

ÍNDICE

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

| | |
|--|-----------|
| 1. Introducción | 12 |
| 2.Trastorno de Personalidad Límite..... | 21 |
| 2.1. Introducción | 21 |
| 2.2. Concepto del Trastorno de Personalidad Límite (TPL) y su evolución | 23 |
| 2.3. Evaluación del TPL | 45 |
| 2.3.1. Diferentes métodos de evaluación del TPL..... | 45 |
| 2.4. Etiología, factores predisponentes, mantenedores y curso del TPL.... | 52 |
| 2.5. Tratamientos con evidencia empírica para el TPL..... | 59 |
| 2.5.1. Terapia de Mentalización (TM)..... | 61 |
| 2.5.2. Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT)..... | 63 |
| 2.5.3. Terapia centrada en Esquemas (TE)..... | 64 |
| 2.5.4. Terapia Dialéctica-Comportamental (DBT)..... | 66 |
| 2.5.5. Otras aproximaciones..... | 70 |
| 2.5.5.1. Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS)..... | 70 |
| 2.5.5.2. La perspectiva transdiagnóstica..... | 71 |
| 2.5.5.3. TAU, Manejo psiquiátrico general y manejo clínico Estructurado..... | 72 |
| 3. Subtipos de Trastorno de Personalidad Límite..... | 74 |
| 3.1. Introducción..... | 74 |
| 3.2. Investigación sobre subtipos de Trastorno de Personalidad Límite | 76 |

CAPÍTULO II. MARCO EXPERIMENTAL

| | |
|--|-----|
| 1. Objetivos e hipótesis | 91 |
| 1.1. Objetivo general y específicos..... | 91 |
| 1.2. Hipótesis..... | 91 |
| 2. Metodología y procedimiento | 92 |
| 2.1. Muestra..... | 92 |
| 2.2. Diseño experimental..... | 93 |
| 2.3. Instrumentos..... | 94 |
| 2.3.1. Entrevistas diagnósticas..... | 94 |
| 2.3.2. Medidas clínicas de autoinforme..... | 95 |
| 2.4. Procedimiento..... | 98 |
| 2.5. Análisis estadísticos realizados..... | 101 |
| 3. Resultados | 102 |
| 4. Discusión de los resultados | 118 |
| 5. Conclusiones. Fortalezas, limitaciones y líneas futuras de investigación | 135 |
| | |
| ANEXOS | 139 |
| | |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 155 |

ÍNDICE DE TABLAS

1. Prevalencia de los trastornos mentales en España en un individuo durante un año
2. Prevalencia de los trastornos mentales en España durante toda la vida de un individuo
3. Años de aparición de los Sistemas Clasificatorios
4. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-I
5. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-II
6. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-III y DSM-III-R
7. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-IV y DSM-IV-TR
8. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-5
9. Criterios TPL según Sección II del DSM-5
10. Criterios categoriales de los Trastornos de Personalidad según Sección III del DSM-5
11. Dimensiones y facetas establecidas en la Sección III del DSM-5
12. Criterios del Trastorno Emocionalmente Inestable de Personalidad de la CIE-11
13. Entrevistas diagnósticas de Trastornos de Personalidad según guía NICE
14. Tabla resumen de los instrumentos más utilizados en el diagnóstico del TPL
15. Resumen Ensayos Controlados y Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Basada en la Mentalización
16. Resumen de Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Focalizada en la

Transferencia

17. Resumen de Ensayos Controlados y Ensayos Controlados Aleatorizados de la

Terapia centrada en Esquemas

18. Etapas de tratamiento de la DBT

19. Resumen de Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Dialéctica-

Comportamental

20. Resumen estudios sobre subtipos

21. Estadísticos descriptivos

22. Distribución de sesiones grupales DBT

23. Tabla efecto tiempo por clúster variable por variable

24. Diferencias en las variables de estudio entre la población general y los dos

clústers

ÍNDICE DE GRÁFICAS

1. Medias pre y post del BDI de los Clústers 1 y 2

2. Medias pre y post del PANAS. Afecto positivo de los Clústers 1 y 2

3. Medias pre y post del PANAS. Afecto negativo de los Clústers 1 y 2

4. Medias pre y post del ERQ - Reevaluación Cognitiva de los Clústers 1 y 2

5. Medias pre y post del ERQ – Supresión Emocional de los Clústers 1 y 2

6. Gráfica 7. Medias pre y post de Autoeficacia de los Clústers 1 y 2

7. Medias pre y post del STAXI - Rasgo de los Clústers 1 y 2
8. Medias pre y post del STAXI – Regulación de la Ira de los Clústers 1 y 2
9. Medias pre y post del DES – Experiencias disociativas de los Clústers 1 y 2
10. Medias pre y post del Número de Hospitalizaciones de los Clústers 1 y 2
11. Medias pre y post de Conductas Suicida de los Clústers 1 y 2

LISTA DE ACRÓNIMOS

APA: Asociación de Psiquiatría Americana
AN: Afecto Negativo
AP: Afecto Positivo
BDI: Beck Depression Inventory-II
BDNF: Brain Derived Neurotrophic Factor
BAS: Behavioral Activation System
BIS: Behavioral Inhibition System
BSI: Barratt Impulsiveness Scale
BPDS: Borderline Personality Disorder Scale
BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index
BPI: Borderline Personality Inventory
BSI: Borderline Syndrome Index
BSL: Borderline Symptom List
CBCL: Child Behavior Check List
CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades
CTQ: Child Trauma Questionnaire
DBT: Dialectical-Behavioral Therapy
DES: Dissociative Experience Scale
DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory
DIB-R: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
DIDPD: Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders
DT: Desviación Típica
EC: ensayo controlado
ECA: ensayo controlado aleatorizado
EEAG: Escala de la Evaluación de la Actividad Global del Sujeto
EGA: Escala General de Autoeficacia
ERQ: Emotion Regulation Questionnaire
GPM: General Psychiatric Management
GWAS: genome wide association studies
HiTOP: Hierarchical Taxonomy of Psychopathology
ICG- TPL: Escala de Impresión Clínica Global para la evaluación del TPL
IEI: Índice de Expresión de Ira
IPDE: International Personality Disorder Examination
MBT: Mentalization Based Therapy
MCMI: Millon Clinical Multiaxial Inventory
MMPI: Minnesota Multiphasic Personality Inventory
NICE: National Institute for Health and Clinical Excellence
NIMH: National Institute of Mental Health
OMS: Organización Mundial de la Salud
PAI: Personality Assessment Inventory
PAI-BOR: Personality Assessment Inventory para Borderlines
PANAS: Positive and Negative Affect Scale
PAS: Personality Assessment Schedule
PID: Personality Inventory for DSM-5
PDQ: Personality Diagnostic Questionnaire
PU: Protocolo Unificado para el Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales
RDoC: Research Domain Criteria
SAP: Standardized Assessment of Personality
SCID: Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders
SCM: Structured Clinical Management
SHBQ: Self-Harm Behavior Questionnaire
SHI: Self-Harm Inventory

SIB: Schedule for Interviewing Borderlines
SIDP: Structured Interview for DSM-IV Personality
SNS: Sistema Nacional de Salud
SPSS: Statistical Package for Social Sciences
STAXI: State-Trait Anger Expression Inventory
STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving
STCPD: Screening Test for Comorbid Personality Disorder
TAU: Treatment As Usual
TCC: Terapia Cognitivo Conductual
TDAH: Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad
TFP: Transference Focused Psychotherapy
TEIP: Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad
TEV: Tratamientos Empíricamente Validados
TMG: Trastorno Mental Grave
TPe: Trastorno de Personalidad
TPL: Trastorno de Personalidad Límite
TOC: Trastorno Obsesivo-Compulsivo
TEPT: Trastorno de Estrés Post-Traumático
UPPS: UPPS Impulsive Behaviour Scale
WMH: World Mental Health (Salud Mental Mundial)
ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud mental hace referencia al bienestar psicológico y mental de las personas (OMS, 2019), a un estado de bienestar en el que la persona materializa sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir al desarrollo de su comunidad (OMS, 2004). La gran relevancia que tiene la salud mental de forma global se puede observar en resoluciones como la adoptada en la 55ª Asamblea General de las Naciones Unidas que tuvo lugar el 9 de diciembre de 2010, en la que se reconocía que "los problemas de salud mental tienen una gran importancia en todas las sociedades, contribuyen de forma significativa a la carga que suponen las enfermedades y a la pérdida de calidad de vida y suponen unos enormes costos económicos y sociales" (A/RES/65/95). A raíz de esta resolución, la OMS reconoce en su 65ª Asamblea Mundial de la Salud celebrada el 25 de mayo de 2012 que "el déficit de tratamiento de los trastornos mentales es elevado en el mundo entero, que en los países de ingresos bajos y medios entre el 76% y el 85% de las personas con trastornos mentales graves no reciben tratamiento alguno para esas afecciones y que las cifras correspondientes a los países de ingresos altos también son elevadas, situándose entre un 35% y un 50%". Asimismo, también reconocían que "cada vez hay más datos sobre la eficacia y el coste-eficacia de las intervenciones encaminadas a promover la salud mental y prevenir los trastornos mentales". De este modo, se instaba a los estados miembros a que elaborasen y reforzasen las políticas y estrategias integrales referentes a la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales, y la identificación temprana, la atención, el apoyo, el tratamiento y la recuperación de las personas con trastornos mentales (A65/VR/9). Finalmente, tras las 65ª Asamblea Mundial de Salud en 2012, la OMS reconoce la gran discapacidad que provocan los trastornos mentales y la necesidad de implementar políticas integrales (sociales y sanitarias). En esta misma línea, en la 66ª Asamblea Mundial de la Salud la OMS adopta un *Plan de acción integral de la salud mental 2013-2020*, instando a los estados miembros a poner en práctica las acciones

que en él se plantean para conseguir los siguientes objetivos: 1) Reforzar un liderazgo y una gobernanza eficaces en el ámbito de la salud mental; 2) Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de asistencia social y de salud mental completos, integrados y con capacidad de respuesta; 3) Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental; 4) Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental (OMS, 2013).

A pesar de los anteriores esfuerzos por dotar de un plan de acción global común para el manejo de la salud mental, tal y como se extrapolaba ya de los datos del Libro Verde sobre la Salud Mental en Europa (2005) resulta muy complicado sacar conclusiones similares para todos los estados miembros o proponer estrategias comunes dada la gran diversidad existente entre todos los países. No obstante, sí que consideraban necesarias estrategias para promover la salud mental, mejorar su prevención y la calidad de vida de las personas afectadas y desarrollar un sistema de información, investigación y conocimientos sobre la salud mental en Europa, dado que se estimaba que más del 27% de los europeos adultos sufrían al menos una forma de alteración psíquica en algún momento de su vida (Witchen y Jacobi, 2005). En este sentido, la OMS promovió un proyecto denominado “The World Mental Health (WMH) Surveys” y dentro de él se creó el subproyecto “European Contribution to the WMH Survey Initiative (EU-WMH)” con el fin de incrementar los conocimientos básicos sobre la salud mental pública de modo que fuera útil para poder realizar reformas políticas en Europa mediante la recopilación y el análisis de los datos recogidos en 6 países europeos de los llamados “desarrollados” (Bélgica, Francia, Italia, Alemania, Holanda y España), cuyos resultados se recogen en el estudio de Haro y cols. (2006). Según estos datos a nivel europeo, el 25,6% de la población estudiada ha presentado una enfermedad mental a lo largo de su vida y según el estudio de este proyecto europeo en España el 19,5% de españoles ha presentado un trastorno mental a lo largo de su vida (Haro y cols., 2006).

Estos datos resaltan la gran importancia que tiene priorizar políticas sociales que tengan no solo en cuenta la prevención de las enfermedades mentales, sino también que incidan en la promoción de la salud en general. La salud mental y la salud física están estrechamente interrelacionadas y si se

integra la salud mental en la prestación de servicios hospitalarios generales se pueden acortar significativamente los periodos de hospitalización, reduciendo así los costes económicos asociados al cuidado de las personas. Sería altamente beneficioso profundizar en las estrategias de prevención de la enfermedad mental y la promoción de la salud en general para lograr estos objetivos.

En España, la política seguida actualmente es la fundamentada en el Plan Estratégico de Salud Mental del Ministerio de Sanidad (2007), el cual, a su vez, se nutrió de la Declaración de Helsinki en Salud Mental, auspiciada por la Oficina Regional Europea de la OMS y que fue suscrita por España en 2005. El Plan Estratégico de Salud Mental en España es la piedra base desde la cual se han ido desarrollando los diferentes planes estratégicos en esta materia en cada Comunidad Autónoma, a los cuales les sirve como un texto de apoyo, un texto para coordinar el resto de planes autonómicos. Las directrices generales de dicho Plan recalcan la necesidad de trabajar en las siguientes áreas: 1. la salud mental de la población, prevención de la enfermedad mental y erradicación del estigma asociado a las personas con enfermedad mental; 2. la atención a los trastornos mentales 3. la coordinación intrainstitucional e interinstitucional; 4. la formación del personal sanitario; 5. la investigación en salud mental y 6. los sistemas de información y evaluación.

A nivel epidemiológico, en España no existen demasiados estudios sobre prevalencia de enfermedades mentales y los que hay son sobre patologías concretas o en muestras muy específicas (Gutiérrez-Fraile, García-Calvo, Prieto y Gutiérrez-Garitano, 2011). En este sentido, el primer estudio llevado a cabo con una muestra representativa de población española general adulta fue el realizado a través del proyecto ESE-MeD-España (Haro y cols., 2006), cuyos resultados indican que aproximadamente un 8,5% de la población española padece un trastorno mental en un periodo de tiempo de un año y un 19,5% lo padecerá a lo largo de su vida (Ver tablas 1 y 2). En este sentido y según este mismo estudio, los trastornos mentales afectan en mayor medida a las mujeres que a los varones.

Tabla 1- Prevalencia de los trastornos mentales en España en un individuo durante un año (2006)

| | Varón | Mujer | Total |
|---|------------------|---------------------|------------------|
| Cualquier trastorno Mental | 5,25 (4,17–6,33) | 11,44 (10,02–10,86) | 8,48 (7,53–9,42) |
| Cualquier trastorno del estado de ánimo | 2,33 (1,61–3,04) | 6,25 (5,20–7,30) | 4,37 (3,71–5,04) |
| Cualquier trastorno de ansiedad | 2,53 (1,74–3,31) | 7,61 (6,41–8,80) | 6,20 (4,63–7,77) |
| Cualquier trastorno por consumo de OH | 1,38 (0,78–1,99) | 0,05 (<0,01–0,12) | 0,69 (0,40–0,98) |
| Depresión Mayor | 2,15 (1,45–2,85) | 5,62 (4,66–6,59) | 3,96 (3,34–4,59) |
| Distimia | 0,52 (0,22–0,81) | 2,38 (1,69–3,07) | 1,49 (1,10–1,88) |
| Fobia específica | 1,19 (0,68–1,70) | 4,20 (3,23–5,16) | 3,60 (2,82–4,38) |
| Abuso de alcohol | 1,38 (0,78–1,99) | 0,05 (<0,01–0,13) | 0,69 (0,40–0,98) |

Se indican los porcentajes y el intervalo de confianza con un 5% de error.

Tabla 2 – Prevalencia de los trastornos mentales en España durante toda la vida de un individuo (2006)

| | Varón | Mujer | Total |
|---|--------------------|---------------------|---------------------|
| Cualquier trastorno Mental | 15,7 (13,86–17,48) | 22,93 (21,09–24,78) | 19,46 (18,09–20,82) |
| Cualquier trastorno del estado de ánimo | 6,71 (5,49–7,93) | 15,85 (14,34–17,36) | 11,47 (10,45–12,49) |
| Cualquier trastorno de ansiedad | 5,71 (4,57–6,85) | 12,76 (11,24–14,29) | 9,39 (8,41–10,37) |
| Cualquier trastorno por consumo de OH | 6,47 (5,23–7,71) | 0,96 (0,52–1,40) | 3,60 (2,95–4,25) |
| Depresión Mayor | 6,29 (5,10–7,48) | 14,47 (13,03–15,90) | 10,55 (9,57–11,54) |
| Distimia | 1,85 (1,22–2,48) | 5,29 (4,32–6,27) | 3,65 (3,06–4,24) |
| Fobia específica | 2,32 (1,60–3,05) | 6,54 (5,38–7,69) | 4,52 (3,82–5,23) |
| Abuso de alcohol | 6,38 (5,16–7,61) | 0,95 (0,51–1,39) | 3,55 (2,91–4,19) |

Se indican los porcentajes y el intervalo de confianza con un 5% de error.

En el estudio de Pedro-Cuesta y cols. (2016), y a raíz del impulso de los estudios originados por la OMS, se constató la necesidad de incluir la salud mental dentro de los estudios de vigilancia epidemiológica. Por ello, en 2018 el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Economía y Competitividad y el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad publicaron una monografía sobre la vigilancia epidemiológica de la salud mental y pública en España en la que se establecen las líneas futuras de acción al respecto en nuestro país. En este sentido, los datos de la última Encuesta Europea de Salud en España

realizada en 2014 indicaba que la prevalencia de haber padecido algún trastorno mental en los últimos 12 meses y haberlo comunicado a su médico es de un 6,7% en hombres y un 14,4% en mujeres y en la Encuesta de 2020, se concretaba que la ansiedad crónica (5,8%) y la depresión (5,3%) fueron las más diagnosticadas en los 12 meses anteriores a la realización de la encuesta.

Como bien indican numerosos estudios (Demyttenaere, 2004; Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., y Siever, 2002; Gutiérrez-Fraile y cols., 2011; Kessler y cols., 2011; Kessler, Chiu, Demler, Merikangas y Walters, 2005; Roca y cols., 2009; Rosique, Sandín, Valiente, García-Escalera y Chorot, 2002; Veisani, Mohamadian y Delpisheh, 2017), además, parece que la comorbilidad en la presencia de trastornos mentales es más la norma que la excepción. Los trastornos más comunes, según indican estos estudios son los del estado de ánimo y los de ansiedad. Sin embargo, su tratamiento suele ser ambulatorio, mientras que los ingresos hospitalarios suelen deberse a personas que padecen trastornos mentales más graves (Gutiérrez-Fraile y cols. 2011).

En este sentido, la definición con mayor consenso del Trastorno Mental Grave (TMG) es la realizada por el National Institute of Mental Health de Estados Unidos (NIMH, 1987), la cual se basa en tres dimensiones: 1. Criterio diagnóstico; 2. Duración de la enfermedad (mínimo de dos años) y 3. Discapacidad que produce (disfunción moderada o severa en el funcionamiento global de la persona de la Escala de Actividad Global- EEAG). Entre los diferentes diagnósticos, se suelen incluir la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastornos afectivos y trastornos de personalidad (Dieterich, Irving, Bergman, Khokhar, Park, y Marshall, 2017; Jiménez-Muro y Sáez, 2019).

A nivel regional, cada comunidad autónoma elabora planes de acción en salud mental para seguir las directrices y recomendaciones nacionales e internacionales. En la Comunidad Valenciana, contamos con el "*I Plan Integral de Atención a la Salud Mental 2018-2022*" elaborado en conjunto por la Consellería de Igualdad y Políticas Inclusivas y la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública (2018). Según este documento podemos encontrar unas 50.000 personas afectadas por algún TMG y unas 200.000 personas

afectadas si tenemos en cuenta al contexto familiar/social que las rodea. Este Plan tiene como objetivos: 1) Disponer de una red de atención sanitaria y social para prestar una atención integral e integrada que garantice la continuidad de los cuidados, basada en el modelo de recuperación y orientada a la plena inclusión social; 2) Establecer una coordinación eficaz y estable entre las “Consejerías” implicadas en la atención a las personas con problemas de salud mental grave; 3) Promover la participación activa de las personas usuarias y de sus familias; 4) Proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental grave y luchar contra el estigma; y 5) Fomentar la formación de los profesionales, personas usuarias y familiares y la investigación en salud mental, especialmente en el área de la recuperación, los derechos y el ambiente terapéutico. Se han establecido una serie de indicadores para cada uno de estos objetivos que se alcanzan mediante una serie de acciones que la Comunidad Valenciana, en este caso, ha de realizar.

En definitiva, los trastornos mentales constituyen uno de los problemas de salud pública más preocupantes a nivel global. Pese a los esfuerzos de las instituciones internacionales y los gobiernos, los datos epidemiológicos no son alentadores y la atención que se les presta todavía es deficitaria. Como bien indica el quinto de los objetivos del “*I Plan Integral de Atención a la Salud Mental 2018-2022*”, es necesario profundizar en la investigación en materia de salud mental, mejorando así la atención a las personas que la presentan y esto pasa por fomentar la investigación en la descripción, clasificación y etiología de las distintas psicopatologías con el fin de ofrecer a las personas que las padecen tratamientos más eficaces y eficientes. El presente trabajo se enmarca en esta línea de investigación, en concreto profundizar en el conocimiento de uno de los trastornos mentales más graves y que en los últimos años está suponiendo uno de los mayores retos para los profesionales de la salud mental, el trastorno de personalidad límite (TPL), con el fin de delimitar perfiles de pacientes e investigar diferencias en la respuesta al tratamiento psicológico.

El TPL es uno de los trastornos mentales graves que más comúnmente utilizan dispositivos de salud mental (Comtois y Carmel, 2016; Gross, Olfson, Gameroff, y cols., 2002; Gunderson, 2009; Gunderson, Herpertz, Skodol,

Torgersen y Zanarini, 2018; Hong, 2016; Torgersen, 2005), representando aproximadamente entre el 15 y el 28% de los pacientes hospitalizados (Gunderson y cols., 2018; Gunderson, Weinberg y Choi-Kain, 2013). El TPL se ha considerado tradicionalmente como crónico e intratable (Gunderson y cols., 2011), afectando aproximadamente al 1-2% de la población general y representando el 10% de población clínica en contextos clínicos ambulatorios, el 15-25% de dispositivos 24 horas y el 30-60% de los pacientes diagnosticados con trastornos de personalidad (Gross, Olsson, Gameroff, y cols., 2002; Gunderson, 2009; Lenzenweger, Lane, Loranger y Kessler, 2007; Widiger y Trull 1993; Widiger y Weissman 1991).

Según la definición dada por la American Psychiatric Association (APA) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5 y DSM-5-TR), un Trastorno de Personalidad (TPe) 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 generalizado e inflexible con inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o discapacidad” (APA, 2013, p. 645).

El TPL se caracteriza por una elevada reactividad del estado de ánimo, impulsividad extrema, comportamientos recurrentes de automutilación o intentos de suicidio, pensamientos y actitudes ambivalentes hacia los demás y hacia sí mismo, relaciones interpersonales caóticas e intensas, sentimientos de vacío y aburrimiento (Caballo, Gracia, López-Gallones y Bautista, 2004; Gunderson y cols., 2018). Los pacientes con trastorno límite de personalidad se caracterizan por la *inestabilidad* y la *ambivalencia* de la personalidad en prácticamente todos los ámbitos de sus vidas. Son personas impulsivas, impredecibles y a menudo explosivas (Belloch y Fernández-Álvarez, 2002), por lo que les resulta difícil seguir las prescripciones terapéuticas y adherirse a la terapia o a las prescripciones farmacológicas.

Según datos obrantes en la guía del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) de 2009 y 2018, existen diferentes intervenciones psicológicas y psicosociales que cuentan con apoyo empírico y que se aplican

para el tratamiento de personas con TPL. No obstante, la heterogeneidad y casuística del TPL por un lado y, por otro, el hecho de que sólo algunos casos mejoren con los tratamientos existentes, ha hecho que durante estos últimos años proliferen estudios de subtipos de personas con TPL con el fin de analizar a qué subtipos les va mejor un tratamiento y a cuáles otro. De este modo se optimizarían recursos y se obtendrían tratamientos específicos efectivos, eficientes y eficaces para cada subtipo, en la línea de los tratamientos personalizados.

Podemos decir, pues, que esta línea de investigación es relativamente reciente y los esfuerzos de la comunidad científica se dirigen a arrojar luz sobre la existencia de subtipos dentro del TPL con el fin de investigar si responden de forma diferente en función del tipo de terapia aplicada y mejorar así su eficiencia. Los resultados hallados en los diferentes estudios empíricos existentes en la literatura científica nos indican que hay mejores resultados cuando se aplican “Programas de terapia psicológica”, entendidos como la combinación de más de un tipo de tratamiento [por ejemplo, terapia individual más terapia grupal] y que suelen impartirse por un equipo terapéutico o por más de un terapeuta (Campbell y cols., 2000; NICE 2018). Un ejemplo de esto sería la Terapia Dialéctico-Comportamental, que contrastaría con otro tipo de tratamientos menos recomendables en este caso, como las intervenciones psicoeducativas breves, terapias psicológicas individuales o grupales, intervenciones familiares, terapia combinada, rehabilitación funcional o integración laboral (Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 2011). A pesar de estos hallazgos, es necesaria mayor evidencia empírica y probablemente sería conveniente llevar a cabo Estudios Controlados Aleatorizados (ECA) comparando programas de terapia psicológica con las intervenciones ambulatorias realizadas por los servicios de salud mental, ya que esto arrojaría algo de luz sobre la efectividad, los costes y la relación coste-efectividad de estas intervenciones llevadas a cabo en contextos de práctica clínica habitual (NICE, 2018; Pla Director de Salut Mental i Addiccions, 2011). En este sentido, parece interesante y relevante explorar si existen tratamientos más eficaces según cada subtipo de TPL.

En resumen, los trastornos mentales tanto a nivel mundial, como en Europa y España cuentan con una prevalencia de entre el 19% y el 25% (Grant y cols., 2008). De los trastornos más graves, el TPL es uno de los más recurrentes y frecuentemente encontrados en los dispositivos hospitalarios de salud mental (15-28%) (Gunderson, 2009; Gunderson y cols., 2018), lo cual conlleva grandes gastos en recursos humanos, materiales y, por ende, financieros (Gross, Olsson, Gameroff, y cols., 2002; Gunderson, 2009; Lenzenweger, y cols., 2007; Widiger y Trull 1993; Widiger y Weissman 1991). Las investigaciones en este campo se dirigen cada vez más a dilucidar si existen subtipos de personas con TPL y si cada uno de ellos responde de distinto modo ante los diferentes tratamientos existentes para esta patología con el fin de poder realizar intervenciones más personalizadas que, en general, reduzcan el malestar y la interferencia del trastorno en la vida del paciente y los costes de la atención en los distintos dispositivos de salud mental. El principal obstáculo con el que nos encontramos es que, dada la variada casuística del TPL, los estudios de subtipos publicados suelen ser igualmente bastante heterogéneos y cada estudio presenta diferencias significativas respecto a la **muestra** utilizada, el protocolo de **evaluación** seguido para realizar el diagnóstico de TPL, los trastornos diagnosticados asociados (**comorbilidad**), el tipo de **intervención** utilizada (terapia breve, terapia dialéctico-comportamental, terapia basada en la mentalización, etc.), el **criterio** escogido sobre el que se van a realizar los análisis estadísticos (como los criterios diagnósticos del TPL, la relación con el terapeuta, la presencia o ausencia de autolesiones, etc.) y los propios **análisis estadísticos** utilizados para tratar los datos (análisis de clusters, análisis multivariados, análisis de componentes principales, etc.). Mediante esta tesis doctoral vamos a tratar de reunirlos y resumirlos para intentar avanzar en el camino a seguir en esta línea de investigación.

El trabajo de esta tesis se divide en dos capítulos: I. el marco teórico y II. el marco experimental. En el primero expondremos la conceptualización, evaluación, clasificación y diagnóstico del TPL. Abordaremos aspectos relacionados con su concepto y evolución, su evaluación, diagnóstico y epidemiología y los diferentes tipos de intervención utilizados. Por último,

también analizaremos los estudios existentes hasta el momento en relación con los subtipos de TPL.

En el capítulo II se expondrá el estudio empírico, en el que plantearemos los objetivos que perseguimos y formularemos las hipótesis que nos planteamos. Describiremos la metodología y el procedimiento seguido, los resultados obtenidos y, por último, llevaremos a cabo la discusión sobre los mismos y las conclusiones a las que llegamos con este trabajo.

2. Trastorno de Personalidad Límite

2.1. Introducción

De todos los Trastornos de Personalidad (TPe) que podemos encontrar en las principales clasificaciones internacionales, uno de los que más atención ha recibido (y recibe) en la literatura científica -especialmente desde la publicación del DSM-III en 1980- es el Trastorno de Personalidad Límite (TPL) (Distel y cols., 2010). De forma general, los autores defienden el término *patrón* o *estilo* en vez de trastorno para definir la personalidad (sana o patológica), ya que se entiende mejor como un patrón persistente e intrínseco que comprende a la persona que funciona mal o bien en su ambiente (Millon y Grossman, 2006). En las últimas décadas, especialmente esta última, se ha producido un aumento del interés por el TPL, debido, especialmente, a su elevada presencia en los centros de atención de Salud Mental y por el riesgo de autolesiones y suicidio que conlleva. De hecho, su prevalencia en la población general es de 1,4%, pudiendo llegar a un 5.9% (Grant y cols., 2008; Lenzenweger, y cols., 2007). En Centros de Atención Primaria puede llegar al 6% (APA, 2022; Gross y cols., 2002), un 10% en las Unidades de Salud Mental en atención ambulatoria, un 20% en Centros Específicos de Enfermos Mentales y entre un 30 y un 60% en las poblaciones clínicas con trastornos de la personalidad (APA, 2013; 2022; Selva, Bellver y Carabal, 2005; Skodol et al., 2002a; Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001). Adicionalmente, se ha observado que las conductas autolesivas se dan en el 60-80% de los pacientes con TPL (Muehlenkamp, y cols., 2011; Selby y cols., 2012) y constituyen la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005). En este sentido, las

investigaciones indican que una alta frecuencia de autolesiones suele conllevar un aumento del riesgo de suicidio (Chu y cols., 2018; Willoughby, Heffer y Hamza, 2015). De hecho, entre el 60% y 70% intentan suicidarse alguna vez en su vida (Oldham, 2006). Aproximadamente, del 8 al 10% de las personas con un TPL consuman el suicidio (Blasco-Fontecilla y cols., 2009; Esbec y Echeburúa, 2014; Nehls, 1999; Paris y Zweig-Frank, 2001; Soloff, Lynch y Kelly, 2002; Oldman, 2006), especialmente los menores de 30 años (Soloff y cols., 2002; Zanarini y cols., 1998), mientras que el otro 90% tan sólo amenaza con ello o lo intenta, aunque a menudo varias veces (Echeburúa, 2015).

Como consecuencia de esta sintomatología relacionada con el suicidio y la regulación del estado emocional, esta enfermedad conlleva un alto coste para los sistemas nacionales de salud. En este sentido, la revisión sistemática realizada por Meuldijk, McCarthy, Bourke y Grenyer (2017) en la que se analizaron 29 artículos indican que, a nivel mundial, los costes directos pueden llegar a ser hasta de 44.116 \$ por persona y año. Además, resalta el ahorro que se da al utilizar tratamientos basados en la evidencia (unos 2,987.82 \$ por persona/año, de media de todos los estudios). Por otro lado, en España, el grupo de Salvador-Carulla y cols. (2014) publicó un estudio en el que se indicaba que, solo en Cataluña, el coste de la atención a personas con TPL fue de 45,6 millones de euros (11.308 € por persona y año), de los cuales 15,8 millones de euros (34,7%) fueron costes directos (tratamiento) y el 20,5% fueron costes indirectos (p.ej. bajas laborales).

Los estudios con población clínica han mostrado que las personas con TPL presentan problemas importantes en el funcionamiento laboral, escolar y social (Skodol y cols., 2005), sobre todo por la gravedad de su sintomatología asociada. Por esto, como es de suponer, las personas con TPL tienen una baja calidad de vida dadas las grandes limitaciones que se dan en las áreas principales de sus vidas (Black, Blum, Letuchy, Doebbeling, Forman-Hoffman y Doebbeling, 2006; Grambal y cols., 2016; Ishak y cols., 2013). Sin embargo, pese a la gravedad de este trastorno y a sus consecuencias, que justificarían esfuerzos importantes para mejorar los tratamientos médicos sobre esta patología, los logros terapéuticos logrados hasta ahora utilizando tratamientos farmacológicos han sido modestos y se producen abandonos y recaídas con

mucha frecuencia. Esto llevó ya hace varios años al impulso del abordaje psicológico para este trastorno (García-Palacios, 2006).

En este capítulo, profundizaremos sobre el concepto del TPL y cómo ha ido evolucionando a lo largo del tiempo. Asimismo, indagaremos sobre los diferentes métodos de evaluación, su diagnóstico, prevalencia, comorbilidad y el curso que suele seguir. También comentaremos la etiología del trastorno, los factores predisponentes y las intervenciones desarrolladas hasta el momento para su tratamiento, ya sea de forma exclusiva o en conjunto con otros trastornos con los que suele estar asociado. Prestaremos especial atención a las definiciones que se le han dado al constructo “límite o borderline”, analizaremos las características clínicas que definen a estas personas y los criterios de clasificación que se han venido utilizando hasta el momento por los diferentes manuales, teniendo en cuenta el nuevo modelo propuesto en el DSM-5 y DSM-5-TR.

2.2. Concepto del Trastorno de Personalidad Límite y su evolución

El concepto de TPL es complejo y, dada su gran variabilidad de sintomatología y según el enfoque desde el que se describa (que puede variar desde el biológico hasta el psicodinámico pasando por el cognitivo-conductual), es difícil encontrar definiciones consensuadas del constructo. Adicionalmente, a lo largo de la historia el concepto de TPL ha evolucionado y han sido diversas y muy variadas las definiciones que se le han otorgado en función de dónde se haya puesto el foco de atención (etiología, características del trastorno, etc.).

Los primeros antecedentes históricos de la definición del TPL podríamos encontrarlos en un síndrome descrito por Bonet quien, en 1684, unió por primera vez los síntomas “impulsividad y estado de ánimo inestable” en un único síndrome que él denominó “folié maniaco-melancolique” (Caballo y Camacho, 2000; Caballo y cols., 2004; Escribano, 2006). Por su parte, Pinel (1806) describió un grupo de pacientes con *manie san delire* para referirse a aquellos pacientes que parecían tener sus capacidades cognitivas y perceptivas intactas,

pero cuya afectividad y conducta confirmaban algún tipo de alteración mental. Entre 1884 y 1890 diversos autores como Hughes, Russell y Rosse denominaron *borderline* a un grupo de pacientes que siempre lindaban con la enfermedad mental pero que eran complicados de diagnosticar (Zandersen, Henriksen y Parnas, 2019). No obstante, fue Kraepelin (1921) quien mejor describió por primera vez el TPL como hoy lo conocemos y que él denominó “personalidad excitable” (Millon y Davis, 1998) y en el que se describían síntomas como impulsividad, inestabilidad de la afectividad y de las relaciones interpersonales, ira intensa e inapropiada y actos autolesivos (Caballo y Camacho, 2000). Desde entonces, numerosos autores describieron la sintomatología (Kretschmer, 1925; Reich, 1925; Schneider, 1923). Sin embargo, la primera vez que se utilizó la palabra “límite” fue en 1938, cuando Adolf Stern describió el concepto “grupo límite de la neurosis” a un grupo de individuos que no podía ubicar ni en el grupo de las neurosis ni en el de las psicosis y que no respondían a las intervenciones terapéuticas (Escribano, 2006). Por su parte, Schmideberg (1947) consideraba que el constructo “borderline” no hacía referencia sólo a los síntomas, sino que era un término que afectaba a todas las áreas de la vida de la persona, lo cual es algo definitorio de los trastornos de personalidad.

En los años 60, algunos autores consideraron que el TPL formaba parte del grupo de los Trastornos Psicóticos dado el mayor hincapié que se realizaba en los episodios psicóticos breves que presentaban muchos pacientes y, por tanto, el concepto de TPL estaba más cercano a la esquizofrenia y trastornos relacionados que a la neurosis (Caballo y Camacho, 2000). A finales de esa década, Kernberg describió a un grupo de pacientes que presentaban “una organización caracterológica crónica que no era típicamente neurótica, ni tampoco psicótica” (Kernberg, 1967, p. 643), siendo uno de los principales referentes en la conceptualización del trastorno.

Otros autores, ya en los años ochenta, se centraron en la vertiente afectiva de esta patología, con su característica labilidad emocional y disforia crónica. Fue entonces cuando Gunderson (1984) lo describe como un trastorno de personalidad *per se*. Las distingue de las personas con esquizofrenia porque considera que, a diferencia de estas últimas, tienen buena socialización.

También las diferencia de las personas con neurosis porque considera que tienen bajo nivel de logros dada su inestabilidad, a diferencia de estas últimas que sí muestran buen nivel de logros. Posteriormente describió las características más comunes en personas con TPL, como la automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasi psicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Zanarini y cols., 1989). Ya en los noventa, con autores tan relevantes en el campo de los tratamientos del TPL como Marsha Linehan, se pasa a considerar que la característica más importante del trastorno era el déficit en habilidades conductuales que presentaba la persona: efectividad interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y mindfulness o atención plena (Linehan, 1993).

Otros autores de los años 90 relevantes en el campo de estudio de la Personalidad como Millon o Zanarini consideraban que el TPL estaba dentro de los Trastornos de los Impulsos (Millon y Davis, 1998; Zanarini, 1993). Esto hacía al TPL similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, donde a la persona le cuesta reprimir sus impulsos. Para Zanarini y Frankenburg (1997) las características del TPL se podrían resumir en el dolor interno e intenso que sienten la mayoría y sus limitaciones en el manejo y expresión del mismo. Este dolor, según estos autores, tendría un componente afectivo y otro cognitivo. Explican que la etiología de estas características parece recaer en la interacción entre un componente biológico temperamental, que llaman “temperamento hiperbólico”, y eventos vitales desencadenantes. Estos factores desencadenantes pueden ser de carácter traumático o simplemente eventos llamados “normativos”, es decir, aquellos hitos presentes habitualmente en la evolución de las personas y las familias: independizarse y dejar la casa familiar, empezar una carrera, empezar a trabajar, tener un hijo, casarse, etc. En definitiva, según estos autores se podría concluir que, como muchos otros trastornos psicológicos, el TPL podría presentar un origen biológico y, dependiendo de su gravedad y de factores estresores, puede dar lugar a traspasar el “límite” de la normalidad y derivar hacia la presencia de psicopatología.

En resumen, podemos decir que, históricamente, podemos encontrar seis concepciones principales del TPL, desde que Stern utilizara el término por primera vez (Caballo y Camacho, 2000; Caballo y cols., 2004; Zanarini y Frankenburg, 1997):

1. La primera de ellas proviene de la perspectiva psicodinámica y utiliza el término “límite” para describir un nivel de organización de la personalidad (Kernberg, 1967, 1975) que engloba diversas patologías del carácter que se encuentran entre la neurosis y la psicosis.
2. Desde otra perspectiva, en los sesenta y setenta, se considera que las personas con TPL tienden a experimentar estados psicóticos transitorios y se considera que el TPL está dentro del espectro de los trastornos psicóticos, en un continuo con la esquizofrenia.
3. Otro enfoque enfatiza los cambios emocionales bruscos propios del TPL, la irritabilidad y la disforia crónica, y considera que se encuentra en un continuo con los trastornos afectivos (Akiskal, 1981; Stone, 1980).
4. Una cuarta conceptualización implica la influencia biológica en la etiología de los trastornos mentales y su diagnóstico como categorías discretas, (Gunderson, 1984) distinguiendo el TPL de otros trastornos del Eje II (personalidad). Es decir, se diagnosticó el TPL aparte de los síndromes esquizofrénicos y los estados neuróticos y se propuso la siguiente sintomatología: automutilación, comportamientos parasuicidas, preocupación excesiva por el abandono y la soledad, actitud muy exigente, pensamiento cuasipsicótico, regresiones terapéuticas y dificultades en la contratransferencia (Millon, 1998; Zanarini y Frankenburg, 1994).
5. Una quinta perspectiva de los años noventa, hace referencia a la posibilidad de que el TPL sea un trastorno del control de los impulsos, similar a los trastornos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, con el trastorno antisocial de la personalidad y, quizás, con los trastornos de la alimentación. Desde este enfoque, el TPL es una forma específica de trastorno de personalidad que aparece junto con otros

trastornos del control de impulsos (Zanarini, 1993; Zanarini y Frankenburg, 1997).

6. Una última perspectiva señala que el TPL podría ser una variación crónica del Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT), ya que se relaciona con problemas disociativos, incluyendo el trastorno disociativo de identidad. Este enfoque se basa en los estudios que señalan que muchas personas diagnosticadas con TPL presentan historia de abusos sexuales y sugiere que el síndrome presenta numerosas afinidades con el TEPT (Herman y van der Kolk, 1987; Kroll, 1993).

Más recientemente (Gunderson, Fruzzetti, Unruh y Choi-Kain, 2018) hacen una revisión de las teorías actuales sobre el TPL que explican la alta comorbilidad que presenta con otros trastornos de personalidad, así como de eje I, el diagnóstico diferencial, la heredabilidad, su utilidad clínica y da cuenta de los cuatro sectores afectados en el trastorno: interpersonal, afectivo, conductual y el cognitivo/self.

1. Agresividad excesiva, cuya fuente principal es Kernberg (1967) y se basa en que la persona puede presentar excesiva agresividad por motivos genéticos o por excesiva frustración en la infancia. En ambos casos, esa agresividad puede alternar entre la expresión ofensiva e inapropiada o suprimida de un modo defensivo.

2. Desregulación emocional, cuyo principal referente es Linehan (1993), que se centra en la deficiencia de las personas con TPL en regular sus propias emociones, la cual puede ser una predisposición neurobiológica para experimentar emociones de modo muy intenso y durante mucho tiempo. Esta deficiencia se manifiesta cuando sus experiencias en la infancia no han sido validadas y esas emociones desreguladas disparan las conductas y los problemas interpersonales de los pacientes con TPL.

3. Mentalización fallida, con Fonagy y Luyten (2009) a la cabeza, que hace referencia a la incapacidad que presentan para identificar estados mentales propios o en otras personas y reconocer cómo estos estados mentales pueden

influenciarse por cada uno. Esta deficiencia se debe a que los padres no les enseñaron a identificar sus propios sentimientos ni los que evocan en los demás.

4. Hipersensibilidad interpersonal, con Gunderson (2018) como exponente, que considera que dicha hipersensibilidad es una disposición genética en la que en la infancia ya cualquier ligera frustración les parece muy molesta y estresante. En la edad adulta, la persona con TPL reacciona ante cualquier fallo percibido de apoyo como injusto y cruel (el “malo” es el otro) o que él/ella es inherentemente malo (“self malo”). Estar solo es intolerable, lo cual dispara o bien experiencias disociativas o conductas impulsivas desesperadas que obligan a los demás a involucrarse.

Como respuesta a la propuesta de Gunderson y cols., (2018), los autores Widiger, Gillian y McCabe (2018) reivindicaron que el Modelo de los 5 factores (Big Five) hacía ya varias décadas que se había ofrecido como teoría de base para el TPL y que, sin embargo, no la habían tenido en cuenta cuando hasta en la Sección III del DSM-5, donde se explica el modelo dimensional de los trastornos de personalidad y se reconoce que las dimensiones recogidas en el manual son "variantes desadaptativas del ya ampliamente validado y replicado Modelo de los 5 factores de personalidad" (APA, 2013, p.773).

Todas estas teorías tienen sus raíces, características, pros y contras que explican por qué la terapia que las sustenta atrae a distintos estilos de terapeutas y diferentes tipos de pacientes, lo cual nos sigue induciendo a la necesidad de personalizar el tratamiento en función de sus características y rasgos de personalidad (tanto los patológicos como los que no lo son).

En conclusión, en los últimos años el concepto del TPL ha ido evolucionando gracias a la investigación, que finalmente ha hecho que el TPL haya pasado de suponer un desafío para los clínicos (Trull, Stepp y Durrett, 2003) a ser un trastorno que cuenta con diferentes psicoterapias basadas en la evidencia (Gunderson, Masland y Choi-Kain, 2018) que pueden ayudar a la persona que lo presenta a tener una vida satisfactoria.

2.2.1. La clasificación y diagnóstico de los TPe

Otro modo de conceptualizar el TPL es por la patología que los caracteriza. En este sentido, el concepto de TPL también ha ido evolucionando a medida que han ido evolucionando los manuales diagnósticos que lo describen, los cuales siempre han sido categoriales y estancos hasta la aparición del último Manual Diagnóstico de la APA publicado en 2013, que incluye una Sección en la que se definen los trastornos de personalidad desde un enfoque dimensional, dejando a un lado -que no atrás- el modelo categorial clásico. En este apartado profundizamos en ello.

Las primeras clasificaciones oficiales de los trastornos mentales se remontan, por un lado, a la publicación del "Manual of the International Statistical Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death", que editó la OMS en 1948 proveniente de la originaria *Lista Internacional de Causas de Defunción* de principios del S.XX y que, posteriormente, derivaría en la hoy conocida Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE); y, por otro lado, al primer Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-I), publicado en 1952 por la APA, donde se incluía la codificación utilizada en el manual de la OMS con el fin de reflejar buena coordinación entre ambos y mayor comprensión de la comunidad científica. Ambos sistemas de clasificación han ido elaborando sus propias revisiones de forma paralela a lo largo de las décadas (Ver Tabla 3), llegando a las actuales 11ª Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11; 2018) y al DSM-5-TR (APA; 2022).

Tabla 3. Años de aparición de los Sistemas Clasificatorios

| AÑOS | DSM (APA) | ICD (OMS) |
|-------------|------------------|------------------|
| 1900 | | ICD-1* |
| 1910 | | ICD-2* |
| 1920 | | ICD-3* |
| 1929 | | ICD-4* |
| 1938 | | ICD-5* |
| 1948 | | ICD-6 |
| 1952 | DSM-I | |

| | | |
|-------------|-----------|-----------|
| 1955 | | ICD-7 |
| 1967 | | ICD-8 |
| 1968 | DSM-II | |
| 1975 | | ICD-9 |
| 1978 | | ICD-9-CM |
| 1980 | DSM-III | |
| 1987 | DSM-III-R | |
| 1990 | | ICD-10** |
| 1994 | DSM-IV | |
| 1998 | | ** |
| 2000 | DSM-IV-TR | ** |
| 2013 | DSM-5 | ** |
| 2018 | | ICD-11*** |
| 2022 | DSM-5-TR | |

* ICD: solo enfermedades con base orgánica.

** ICD-10: desde 1990 esta versión se ha actualizado en numerosas ocasiones.

*** ICD-11: entró en vigor el 01 de enero de 2022

Este trabajo se va a centrar en cómo los TPe en general y, más concretamente, el TPL, ha evolucionado dentro del sistema establecido por la APA, al ser este el más utilizado dentro del ámbito de la Psicología en España.

En el DMS-I, los TPe venían recogidos en un apartado específico denominado “Trastornos de Personalidad”, con dos subapartados: uno llamado “Trastornos de origen psicogénico o sin una causa claramente tangible definida o sin cambios estructurales” y otro “Trastornos de personalidad transitorios situacionales”. En el primer subapartado se describían los siguientes trastornos relacionados con la personalidad y que se dividían en tres grandes grupos:

Tabla 4. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-I

| |
|------------------------------------|
| A. Personality pattern disturbance |
| 1. Inadequate personality |

| |
|--|
| 2. Schizoid personality |
| 3. Cyclothymic personality |
| 4. Paranoid personality |
| B. Personality trait disturbance |
| 1. Emotionally unstable personality |
| 2. Passive-aggressive personality |
| 3. Compulsive personality |
| 4. Personality trait disturbance |
| C. Sociopathic personality disturbance |
| 1. Antisocial reaction |
| 2. Dyssocial reaction |
| 3. Sexual deviation |
| 4. Addiction |

El segundo grupo, de Trastornos de Rasgos de Personalidad que se caracteriza por incluir trastornos en los que la persona que los presenta:

“es incapaz de mantener su equilibrio emocional e independencia bajo un menor o mayor estrés debido a alteraciones en el desarrollo emocional. Esta clasificación sólo se aplicará a los casos de trastornos de la personalidad en los que los rasgos neuróticos (como ansiedad, conversión, fobia, etc.) son relativamente insignificantes, y el mal desarrollo de la personalidad básica es el factor distintivo crucial” (DSM-I; APA, 1952, p. 36).

Más concretamente, se incluye el *Trastorno de Personalidad Inestable Emocionalmente*, en el que se describe a la persona que lo presenta como:

“un individuo que reacciona con excitabilidad e ineficacia cuando se enfrenta a un estrés menor. Su juicio puede ser poco fiable en situaciones de estrés, y su relación con otras personas está continuamente llena de actitudes emocionales fluctuantes, debido a una fuerte y mal controlada hostilidad,

culpa y ansiedad. Este término es sinónimo del anterior "personalidad psicopática con inestabilidad emocional" (DSM-I; APA, 1952, p. 36).

En el DSM-II (APA, 1968) los TPe aparecen en el capítulo V, bajo la denominación "*Trastornos de la personalidad y otros trastornos psíquicos no psicóticos*". Se excluyeron la "*Sexual deviation*" y las "*Adictions*" y se incluían los siguientes:

Tabla 5. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-II

| |
|---|
| 1. TPe paranoide |
| 2. TPe ciclotímico |
| 3. TPe esquizoide |
| 4. TPe explosivo |
| 5. TPe obsesivo compulsivo |
| 6. TPe histérico |
| 7. TPe asténico |
| 8. TPe antisocial |
| 9. TPe pasivo agresivo |
| 10. TPe inadecuado |
| 11. Otros Trastornos de personalidad de otros tipos |
| 12. Trastorno de personalidad no especificado |

Un año después de la publicación del DSM-II en 1968, Millon publica su trabajo "*Modern psychopathology: A biosocial approach to maladaptive learning and functioning*", donde presenta su teoría sobre el "*Modelo Biosocial*" en el que explica sus primeras conceptualizaciones sobre los trastornos de personalidad (Millon, 1969) y que tanto influyó sobre el DSM-III, en el que se dio origen al Eje II del conocido sistema multiaxial de clasificación. El grupo de trabajo de la APA para los TPe estuvo liderado por Spitzer (en el que se encontraba Millon), y que previamente habían publicado el Research Domain Criteria (RDoC; Criterios de Dominio de Investigación), con creciente interés en la actualidad. El DSM-III (APA, 1980), efectivamente, realiza un esfuerzo por distinguir los trastornos clínicos de la patología de la personalidad al incorporar el diagnóstico multiaxial en la que los síndromes clínicos (Eje I) significan estados alterados mientras que

las patologías de la personalidad (Eje II) son patrones desadaptativos persistentes e inflexibles (Millon y Grossman, 2006). La filosofía de la aproximación multiaxial es considerar la información en cada Eje como paralela y complementaria por lo que los trastornos del Eje I representarían la visión clínica tradicional de trastorno y la patología de personalidad del Eje II, patrones más duraderos que serían el contexto donde podrían aparecer los síndromes clínicos. Los patrones de personalidad patológicos no se pueden entender como enfermedades médicas para las que podamos encontrar una causa unitaria. En el DSM-III habría tres clusters en los que se dividirían los diferentes TPe (Ver Tabla 6). En concreto, se contemplan un total de 11 TPe y es cuando aparece por primera vez el término “Trastorno de Personalidad Límite”. De este manual se hizo una revisión en 1987 (DSM-III-R) por parte del mismo grupo de trabajo, pero se mantuvo la misma clasificación de TPe:

Tabla 6. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-III y DSM-III-R

| | |
|--------------------|---|
| Cluster I | esquizoide, paranoide, esquizotípico. |
| Cluster II | narcisista, antisocial, límite e histriónico. |
| Cluster III | dependiente, evitativo, pasivo-agresivo y compulsivo. |

Tras su publicación, hubo halagos para el Eje I, pero críticas al Eje II dado que no se explicaba de donde provenían dichas nomenclaturas, ni las agrupaciones, ni se respaldaban en criterios de investigación científica (Livesley, 2011; Pull, 2014; Tyrer, Crawford y Mulder, 2011) y ya se comenzaba a hablar que quizá los modelos dimensionales darían mayor y mejor cuenta de los TPe (Tyrer, 1988).

No obstante, en la siguiente edición del manual, DSM-IV (APA, 1994) y también en su revisión (DSM-IV-TR; APA, 2000), se mantuvo un estilo continuista y, por tanto, categorial. La revisión la llevó a cabo Allen Frances y un equipo de prestigiosos profesionales para cada sección del manual y, más concretamente, fue Gunderson el presidente del apartado de TPe. No obstante, los TPe se modificaron solo ligeramente respecto a la tercera versión del DSM, tal y como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 7. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-IV y DSM-IV-TR

| | |
|------------------|--|
| Cluster A | esquizoide, paranoide, esquizotípico. |
| Cluster B | narcisista, antisocial, límite e histriónico. |
| Cluster C | dependiente, evitativo, obsesivo-compulsivo y no especificado. |

A lo largo de todos estos volúmenes, hasta llegar al DSM-5 (APA, 2013) y al actual DSM-5-TR (APA, 2022), el Grupo de Trabajo de Personalidad de la APA encargado, tras 12 años de trabajo y múltiples revisiones, fue recogiendo las distintas propuestas realizadas por los trabajos de investigación de autores relevantes en el área de personalidad -como los ya comentados de Millon- y se han basado en ellos para elaborar las distintas clasificaciones a lo largo del tiempo. Durante el proceso de desarrollo se barajaron diversos borradores que hubieran cambiado drásticamente el modo en el que se realiza el diagnóstico, pero finalmente dejaron una versión como la oficial (la categorial), mientras que dejaron otra en la Sección III, como “pendiente de investigación”. Aquí explicaremos ambas opciones. La propia APA, en su página web diseñada específicamente para informar sobre el desarrollo del DSM-5 (www.dsm5.org), elabora una nota informativa (“fact sheet”) donde explica cómo ha sido su elaboración y desarrollo y donde finalmente describen los 10 trastornos, que son los que se conocen y se trabajan en la actualidad desde el modelo categorial:

Tabla 8. Clasificación de los Trastornos de Personalidad del DSM-5

| |
|---|
| Cluster A: |
| 1. Trastorno de la Personalidad paranoide |
| 2. Trastorno de la Personalidad esquizoide |
| 3. Trastorno de la Personalidad esquizotípica |
| Cluster B: |
| 4. Trastorno de la Personalidad antisocial |

| |
|--|
| 5. Trastorno de la Personalidad límite |
| 6. Trastorno de la Personalidad histriónica |
| 7. Trastorno de la Personalidad narcisista |
| Cluster C: |
| 8. Trastorno de la Personalidad evasiva |
| 9. Trastorno de la Personalidad dependiente |
| 10. Trastorno de la Personalidad obsesivo-compulsiva |

También hay un apartado que, como en ediciones anteriores, incluye *Otros Trastornos de Personalidad*: 1) Cambio de Personalidad debido a una condición médica; 2) Otros Trastornos de la Personalidad Especificados y 3) Trastornos de la Personalidad No Especificados.

Respecto al TPL, en la Sección II del DSM-5 se define como un patrón general y persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad, con una marcada impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y que se encuentra presente en diversos contextos (APA, 2013), no existiendo cambios relevantes al respecto en el DSM-5-TR (APA, 2022). Los criterios diagnósticos del TPL son los siguientes:

Tabla 9. Criterios TPL según Sección II del DSM-5

| DSM-5 (Secc. II) |
|--|
| <p>Patrón general y persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad, con una marcada impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta y que se encuentra presente en diversos contextos, acompañado de 5 (o más) de los siguientes síntomas:</p> <p>1. Grandes esfuerzos para evitar el abandono real o imaginario.</p> |

2. Patrón de relaciones intensas e inestables que alterna entre la devaluación y la idealización extrema.
3. Distorsión de la identidad: distorsiones marcadas y persistentes de la autoimagen o del self.
4. Impulsividad en al menos 2 áreas que resultan autoperjudiciales (abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo, conducción temeraria, comer de forma compulsiva, gastos excesivos...).
5. Conductas suicidas recurrentes, gestos, amenazas o automutilaciones.
6. Inestabilidad afectiva debido a una alta reactividad afectiva.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada o dificultades en su control
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con estrés o graves síntomas disociativos.

El DSM-5 ha cambiado el sistema multiaxial a un sistema de un solo Eje, aunando los tres primeros en uno con todos los diagnósticos de todo tipo de enfermedades, físicas o médicas y mentales. De este modo, se eliminan las distinciones que antes se hacía entre ellas, beneficiando a la investigación y a la práctica clínica (APA, 2013).

No obstante, con este enfoque categorial, seguimos con el mismo problema que ya describieron Burgmer, Jessen y Freyberger (2000), quienes afirmaban que, con solo 5 síntomas de 9 para poder diagnosticar a una persona, cabían hasta 256 posibles variantes del trastorno, lo cual es indicativo inequívoco de la gran heterogeneidad del trastorno.

En el DSM-5, además se han incluido anotaciones separadas para los factores psicosociales y contextuales (antes Eje IV) y la discapacidad producida en la persona (antes Eje V). A partir de aquí, paralelamente, el Grupo de Trabajo comenzó a revisar las investigaciones realizadas sobre los distintos trastornos de personalidad y el feedback que le daba la comunidad científica especializada en este campo sobre el sistema categorial. La primera revisión que hizo el Grupo de Trabajo representó un cambio considerable en el enfoque diagnóstico, dado que intentó romper los modelos de TPe que en ocasiones son demasiado rígidos para incluir toda la casuística que se da en la práctica clínica. Utilizando este nuevo enfoque, podrían determinar si un paciente tiene un TPe analizando qué rasgos son los sugeridos por su sintomatología y graduando la severidad de

estos. Este nuevo enfoque no tuvo demasiada buena acogida dada su complejidad dentro de la práctica clínica (APA, 2013).

Dada esta respuesta y nuevas investigaciones, el Grupo de Trabajo centró sus esfuerzos en los criterios diagnósticos de los TPe para tener en cuenta los aspectos más útiles del DSM-IV y unirlos con ciertos aspectos del modelo que elaboraron en la primera revisión basada en los rasgos. Esta segunda propuesta consistía entonces en un modelo híbrido que incluía unos criterios generales categoriales para diagnosticar un TPe (Ver Tabla 10) y, posteriormente, la evaluación de las *limitaciones en la funcionalidad* de la personalidad (cómo la persona se ve a sí mismo/a y a los demás) y la existencia de *rasgos patológicos*.

Tabla 10. Criterios categoriales de TPe según Sección III del DSM-5

| |
|--|
| A. Existe un deterioro moderado/grave en el funcionamiento (propio/interpersonal) de la personalidad |
| B. Existe uno o más rasgos patológicos de personalidad |
| C. Existen rasgos y deterioro en el funcionamiento del individuo relativamente permanentes e inflexibles en diferentes situaciones sociales y personales |
| D. Los rasgos son relativamente estables en el tiempo, con comienzo en la adolescencia o inicio de la edad adulta |
| E. No se explican mejor por otro trastorno mental |
| F. No son atribuibles a sustancias adictivas o a enfermedades médicas |
| G. No comprendidos mejor por la edad (desarrollo) o el entorno sociocultural |

El criterio A hace referencia a las *limitaciones funcionales de personalidad* que presenta el individuo e incluye su forma de verse a sí mismo/a (identidad y autodireccionalidad) y su funcionamiento con los demás (empatía e intimidad). Estas limitaciones son descritas del siguiente modo en el DSM-5:

- 1- **Identidad:** imagen de sí mismo/a empobrecida o poco evolucionada, que con frecuencia deriva en una autocrítica excesiva; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos ante situaciones de estrés.
- 2- **Autodireccionalidad:** (in)estabilidad en cuanto a objetivos, aspiraciones, valores y proyectos de la vida profesional.

- 3- **Empatía:** capacidad deficiente de reconocer los sentimientos y las necesidades de los demás, especialmente como consecuencia de la presencia de hipersensibilidad (el individuo se siente rechazado o insultado; percibe que los demás están sesgados negativamente).
- 4- **Intimidad:** relaciones cercanas intensas, inestables y con conflictos, caracterizadas por la desconfianza y la dependencia; la persona suele percibir sus vínculos más estrechos bien desde la idealización o bien desde la desvalorización, lo cual se refleja en patrones de excesivo involucramiento o distanciamiento.

Estas limitaciones funcionales se evalúan en su gravedad según la Escala del Nivel de Funcionalidad de la Personalidad, que oscila en 5 niveles (0-4), donde 0 sería un funcionamiento adaptativo y sano y 4 sería una limitación extrema de la personalidad.

El Criterio B especifica los *rasgos patológicos* de personalidad, los cuales se distribuyen a lo largo de 5 grandes áreas (o dimensiones) y conllevan 25 facetas (algunas son comunes en varias dimensiones) y que serían las siguientes (APA, 2013):

Tabla 11. Dimensiones y facetas establecidas en la Sección III del DSM-5

| | |
|-------------------------|---------------------------------------|
| 1. Afectividad negativa | a) Labilidad emocional |
| | b) Ansiedad |
| | c) Inseguridad/ansiedad de separación |
| | d) Sumisión |
| | e) <i>Hostilidad</i> |
| | f) Perseverancia |
| | g) <i>Depresividad</i> |
| | h) <i>Susplicacia</i> |
| | i) <i>Afectividad restringida</i> |
| 2. Desapego | a) Aislamiento |
| | b) Evitación de intimidad |
| | c) Anhedonia |
| | d) <i>Depresividad</i> |

| | |
|------------------|---|
| | e) <i>Susplicacia</i> |
| | f) <i>Afectividad restringida</i> |
| 3. Antagonismo | a) Manipulación |
| | b) Engaño |
| | c) Grandiosidad |
| | d) Búsqueda de atención |
| | e) Dureza (Callousness) |
| | f) <i>Hostilidad</i> |
| 4. Desinhibición | a) Irresponsabilidad |
| | b) Impulsividad |
| | c) Distraibilidad |
| | d) Conductas de riesgo |
| | e) Perfeccionismo rígido |
| 5. Psicoticismo | a) Experiencias y creencias inusuales |
| | b) Excéntrico |
| | c) Desregulación cognitiva y perceptiva |

De este modo, en la Sección III se mantienen 6 TPe que cumplirían con estos dos criterios básicos de limitaciones moderadas/graves en el funcionamiento de la personalidad y rasgos patológicos:

1. **Trastorno de la Personalidad Límite**
2. Trastorno de la Personalidad Obsesivo-Compulsiva
3. Trastorno de la Personalidad evasiva
4. Trastorno de la Personalidad Esquizotípica
5. Trastorno de la Personalidad Antisocial
6. Trastorno de la Personalidad Narcisista

También se incluye el diagnóstico del Trastorno de Personalidad Especificado por Rasgos (Personality Disorder—Trait Specified), que podría realizarse cuando el Trastorno de Personalidad está presente, pero no reúne los criterios diagnósticos de ninguno en concreto y que permite adaptar el trastorno

al perfil concreto de la persona siendo, por tanto, más útil en la práctica (Torres-Soto, Moya-Faz, Giner-Alegría y Oliveras-Valenzuela, 2019).

De este modo, el TPL descrito desde esta Sección III se caracteriza por inestabilidad en la propia imagen, en sus objetivos, en las relaciones interpersonales y los afectos. Todo ello acompañado de impulsividad, conductas de riesgo y/o hostilidad. Los criterios propuestos son los siguientes:

A. Limitaciones moderadas o más graves en el *funcionamiento de la personalidad*, manifestadas por tener dificultades en dos o más de las siguientes 4 áreas:

1. Identidad: imagen marcadamente empobrecida o poco desarrollada o inestable, normalmente asociada con excesivo criticismo; sentimientos crónicos de vacío o estados disociativos en condiciones de estrés.
2. Autodirección: inestabilidad en objetivos, aspiraciones, valores o planes profesionales.
3. Empatía: capacidad deficiente de reconocer los sentimientos y las necesidades de los demás, como consecuencia de su hipersensibilidad (el individuo se siente rechazado o insultado; percibe que los demás están sesgados negativamente).
4. Intimidad: relaciones estrechas intensas, inestables y con conflictos, marcadas por la desconfianza, dependencia y preocupación ansiosa de abandono real o imaginario; las relaciones estrechas son normalmente vistas desde el extremo de la idealización o la devaluación, alternando la sobreimplicación y el aislamiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete *rasgos patológicos* y al menos uno ha de ser impulsividad, conductas de riesgo u hostilidad:

1. Labilidad emocional (afectividad negativa): experiencias emocionales inestables y frecuentes cambios de humor proporcionales o no a los sucesos y circunstancias.

2. Ansiedad (afectividad negativa): intensos sentimientos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo reactivo a estresores; preocupación sobre los efectos negativos de experiencias pasadas o futuras desagradables; sentirse temeroso, aprehensivo o amenazado por la incertidumbre; miedo de derrumbarse o perder el control.
3. Ansiedad de separación (afectividad negativa): miedo al rechazo o a la separación de personas significativas, asociado con miedo o excesiva dependencia y pérdida completa de autonomía.
4. Depresividad (afectividad negativa): sentimientos frecuentes de decaimiento, ser miserable o desesperanza; dificultad en recuperarse de dichos estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; sentimientos de vergüenza, baja autoestima, pensamientos de suicidio y conductas suicidas.
5. Impulsividad (desinhibición): actuar al momento en respuesta a estímulos inmediatos; actuar en función del momento sin un plan o sin consideración de las consecuencias; dificultad en establecer o seguir planes; sensación de realizar conductas autolesivas con urgencia bajo distrés emocional.
6. Conductas de riesgo (desinhibición): realizar actividades peligrosas, de riesgo y potencialmente autolesivas innecesariamente y sin pensar en las consecuencias; ausencia de conciencia de las propias limitaciones y negar la realidad del peligro personal.
7. Hostilidad (antagonismo): sentimientos frecuentes y persistentes de enfado; ira o irritabilidad en respuesta a desaires o menosprecios menores.

Este modelo híbrido entre lo dimensional y lo categorial perseguía mejorar ciertos aspectos del modelo categorial para los TPe, fomentar el impulso de la investigación desde este enfoque y contribuir a una mayor comprensión de las causas y tratamientos de los TPe (APA, 2013).

Por otro lado, en la clasificación de la CIE el Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad (TEIP) sería el equivalente al TPL. En la CIE, la categoría está dividida en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, la poca capacidad para planificar las acciones y los episodios de ira intensa y comportamientos explosivos. Los criterios de este manual diagnóstico se resumen en la siguiente Tabla:

Tabla 12. Criterios del Trastorno Emocionalmente Inestable de la Personalidad de la CIE-11

| CIE-11 |
|--|
| <p>Conjunto de conductas y condiciones clínicamente significativas que tienden a ser persistentes y parecen ser el estilo de vida característico de un individuo de relacionarse consigo mismo y con los demás. Estos condicionantes o patrones de conducta aparecen pronto en la vida de la persona como resultado de factores constitucionales y experiencias sociales, mientras que otros, se adquieren más adelante en la vida. Estas características están profundamente arraigadas y constituyen patrones de conducta duraderos y se manifiestan como respuestas inflexibles a un amplio rango de situaciones personales y sociales. Representan una desviación significativa del modo de conducta de la cultura del sujeto y tiende a ser un patrón estable de funcionamiento conductual y psicológico. En ocasiones está acompañado de cierto nivel de estrés o malestar o problemas a nivel social.</p> |
| <p>Tipo Impulsivo:</p> <p>Tienen que cumplirse al menos tres de los siguientes síntomas, de los cuales uno de ellos tiene que ser 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias. 2. Marcada predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos son impedidos o censurados. 3. Tendencia a presentar arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. 4. Dificultades para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata. 5. Estado de ánimo inestable y caprichoso. Incluye: Personalidad explosiva y agresiva, trastorno explosivo y agresivo de la personalidad. |

Tipo Límite:

Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el anterior criterio B, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes síntomas:

1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de uno mismo, de los propios objetivos y de las experiencias íntimas (incluyendo las sexuales).
2. Facilidad para verse envuelto en relaciones intensas e inestables, que a menudo terminan en crisis emocionales.
3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de agresión hacia uno mismo.
5. Sensaciones crónicas de vacío.

Ambos manuales coinciden en definir la **falta de estabilidad** como la característica básica del trastorno. Sin embargo, cada uno de ellos define posteriormente el trastorno de modo distinto, hasta el punto en el que la CIE considera que hay dos tipos de TEIP. En este sentido, hace ya varias décadas que la comunidad científica intenta arrojar luz sobre la homogeneidad del trastorno llevando a cabo análisis factoriales de los criterios diagnósticos del TPL (Benazzi, 2006; Chmielewski, Bagby, Quilty, Paxton y McGee, 2011; Clark, Hull y Hurt, 1993; Feske, Kirisci, Tarter, et al., 2007; Fossati, Maffei y Bagnato, 1999; Johansen, Karterud y Pedersen, Gude y Falkum, 2004; Lenzenwenger, Clarkin, Yeomans, Kernberg y Levy, 2008; Rosenberger and Miller, 1989; Sanislow, Grilo, Morey, y cols., 2002). Algunos de los estudios encontraban un único factor y otros encontraban varios factores. Adicionalmente, cada estudio utilizaba una metodología distinta, por lo que resulta complicado compararlos entre ellos. Analizaremos esto posteriormente en el capítulo de Subtipos de TPL.

En cuanto a la psicopatología del TPL, estudios recientes han evidenciado que las características centrales del TPL son la **inestabilidad afectiva, la impulsividad y la disfunción social e interpersonal** (Fonagy y Bateman, 2018; Navarro-Haro y cols., 2016). Los individuos con este trastorno hacen esfuerzos frenéticos por evitar los abandonos reales o imaginarios y la percepción de una separación o rechazo inminente o la pérdida de la estructura externa, lo que puede conducir a profundos cambios en la auto-imagen, el afecto, la cognición y la conducta (APA, 2013; Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen, y Zanarini,

2018). Las personas con TPL suelen presentar hipersensibilidad a las circunstancias y experimentar una ira inapropiada cuando hay cambios inevitables en los planes (por ejemplo, furia cuando alguien importante para ellos llega unos minutos tarde o debe cancelar una cita) o incluso si se enfrentan a una separación limitada en el tiempo (APA, 2013).

Una de las características importantes de las personas con TPL es la **inestabilidad afectiva** que se debe a una marcada reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, una intensa disforia episódica, irritabilidad o ansiedad, que suele durar unas pocas horas y rara vez más de unos pocos días). Estos episodios reflejan la extrema reactividad de la persona ante las circunstancias del ambiente (APA, 2013; Dick y Suvak, 2018) y, por el contrario, también les suele invadir sentimientos crónicos de vacío, por lo que pueden sentirse aburridos y buscar constantemente algo que hacer (Miller, Townsend, Day y Grenyer, 2020).

Otra de las características definitorias del TPL es su marcada **impulsividad** en áreas potencialmente autodestructivas (p.ej., gastar dinero de manera irresponsable, comer compulsivamente, consumo de tóxicos, relaciones sexuales compulsivas, etc). También pueden mostrar conducta suicida recurrente, gestos o amenazas, o conductas auto-mutilantes (Jacobson, Muehlenkamp, Miller y Turner, 2008; Willoughby, Heffer y Hamza, 2015).

Y la tercera de las características más importantes de las personas con TPL es el patrón de **inestabilidad en sus relaciones interpersonales** que presentan, pudiendo idealizar a alguien desde el comienzo de la relación y pasar rápidamente a devaluarlas, sintiendo que a la otra persona no le importa lo suficiente o no da lo suficiente (APA, 2013; Gunderson y Hoffman, 2007; Richetin, Preti, Costantini y De Panfilis, 2017). Frecuentemente expresan una ira inapropiada e intensa o tienen dificultad para controlar su ira, mostrando un sarcasmo extremo, amargura o arrebatos verbales a menudo provocado cuando se ve a un cuidador o pareja como negligente, reticente, indiferente, etc. (APA, 2013).

Puede haber una perturbación de la identidad caracterizada por una imagen de sí mismo o un sentido del yo marcada y persistentemente inestable,

caracterizados por el cambio de objetivos, valores y aspiraciones profesionales. Aunque normalmente tienen una imagen de sí mismos que se basa en ser malos o malvados, los individuos con este trastorno pueden a veces tener sentimientos que no existen en absoluto (APA, 2013; Richetin y cols., 2017).

Una vez analizado el concepto del TPL, su evolución y las características más básicas que lo definen, pasaremos a continuación a describir cuáles son los instrumentos más utilizados para evaluar tanto el TPL como diagnóstico, como las características/síntomas que lo definen.

2.3. Evaluación del TPL

2.3. 1. Diferentes métodos de evaluación del TPL

La evaluación siempre ha sido un área de investigación muy importante dentro del campo de la psicología, puesto que de ella depende que se realice un buen diagnóstico clínico. Lo primero a tener en cuenta son los diferentes *métodos* de evaluación existentes, que son principalmente **entrevistas** y **autoinformes** (cuestionarios, inventarios y escalas). Sin embargo, también es importante el *foco de atención* de dicha evaluación. Concretamente, este último puede hacer referencia a los criterios propios del trastorno (en nuestro caso, del TPL) o a la evaluación de algún síntoma o aspecto concreto relacionado con el trastorno (p. ej. el *riesgo de suicidio*, las *conductas autolesivas* o el *trauma* que muchos de los casos presentan).

Los instrumentos de evaluación permiten investigar la distribución de un rasgo en la población normal, así como las características de una población clínica (Pelechano, 2000). Esto da una idea de la complejidad de la evaluación de la personalidad y su psicopatología (más aún desde el Modelo Alternativo del DSM-5) y, de hecho, todavía no existe un instrumento completamente fiable para el diagnóstico de los Trastornos de Personalidad (TPe). Por esto, algunos profesionales optan por entrevistas clínicas (más o menos estructuradas), otros por instrumentos estandarizados y otros por ambas metodologías (Esbec y Echeburúa, 2014).

Las guías como la NICE (2009; 2018) recomiendan, en el caso del TPL, evaluar desde un inicio el riesgo de suicidio o autolesiones, el funcionamiento laboral y psicosocial y la seguridad de los convivientes. Asimismo, es conveniente realizar una evaluación periódica para evaluar las conductas de riesgo para uno/a mismo/a o para otros/as, el funcionamiento psicosocial y ocupacional/laboral, la existencia de otros trastornos (como el abuso de sustancias o trastornos de la alimentación), el funcionamiento personal, las estrategias de afrontamiento que utiliza o las posibles necesidades de algún menor a cargo del paciente.

En este trabajo, nos vamos a centrar únicamente en los Autoinformes y las Entrevistas (para ver con detalle el resto, véase Caballo, Gracia, López-Gollonet y Bautista, 2004; Caballo, Bautista e Irurtia, 2011; NICE, 2009; 2018) porque, aunque ambos tipos de instrumentos tienen sus limitaciones (Esbec y Echeburúa, 2014; Hopwood y Donellan, 2010; Pelechano, 2000), estos son los más utilizados por la comunidad científica para la evaluación de la personalidad. Además, la mayor parte de los instrumentos utilizados para el diagnóstico del TPL también están basados en entrevistas estructuradas y medidas de autoinforme (Caballo y cols., 2004; Zanarini, Frankenburg, Sickel y Yong, 1996).

Sin ánimo de ser muy exhaustivos, primero comentaremos brevemente las principales medidas de autoinforme y las entrevistas utilizadas para la evaluación de los TPe en general y, posteriormente, los instrumentos utilizados específicamente para el TPL, tanto a nivel categorial, como dimensional desde la publicación de la Sección III del DSM-5.

a) Autoinformes para la evaluación de los TPe

Los autoinformes son cuestionarios en los que la persona contesta a preguntas en base a sus propias experiencias emocionales, sus pensamientos, conductas y/o respuestas fisiológicas, expresando en forma de respuesta dicotómica (Sí-No; Verdadero-Falso; De acuerdo-En Desacuerdo) o en escalas de respuesta tipo Likert de frecuencia (P.ej. Nunca, casi nunca, a veces, casi siempre, Siempre) o de intensidad (P.ej. Nada, Poco, Bastante, Mucho). En general, estos instrumentos han demostrado por sí solos ser poco eficaces para

diagnosticar trastornos de personalidad (Esbec y Echeburúa, 2014), ya que arrojan una alta proporción de falsos positivos (Leichsenring, 1999) y presentan sesgos como la tendencia a dar respuestas extremas o centrales, la aquiescencia, la deseabilidad social y el engaño (Pelechano, 2000). Algunos ejemplos de los autoinformes más conocidos son el Personality Diagnostic Questionnaire-IV (PDQ-IV; Hyler, 1994); el Personality Assessment Inventory (PAI; Morey, 1991 y 2007; con adaptación española de Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011); o el Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III; Millon, Millon, Davis y Grossman, 2006; con adaptación española de Cardenal y Sánchez, 2007); el Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2-RFo (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008; con la adaptación española de Santamaría, 2009); y, ya más recientemente, el Personality Inventory for DSM-5 (PID-5; Krueger, Markon, Watson y Skodol, 2013) para el modelo alternativo del DSM-5.

b) Entrevistas para la evaluación de los TPe

Las entrevistas son los instrumentos que más se utilizan para evaluar los TPe de forma más o menos estructurada. Las más utilizadas son las que se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 13. Entrevistas diagnósticas de Trastornos de Personalidad según guía NICE (2009; 2018)

| |
|--|
| Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders (DIPD-IV) (Zanarini, 1983) |
| Structured Clinical Interview for DSM-IV Personality Disorders (SCID-II) (First y cols., 1994) |
| Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV) (Pfohl, Blum y Zimmerman, 1997) |
| International Personality Disorder Examination (IPDE) (Loranger y cols., 1994; 1997) |
| Personality Assessment Schedule (PAS) de Tyrer y Alexander (1979) |
| Standardized Assessment of Personality (SAP) de Mann y cols. (1999) |

En este sentido, a pesar de que suelen tener un nivel moderado de fiabilidad (Esbec y Echeburúa, 2014), las entrevistas estructuradas con mayor fiabilidad y validez y, por tanto, las más utilizadas son el Examen Internacional

de los Trastornos de la Personalidad (IPDE, por sus siglas en inglés; Loranger y cols., 1994; traducida al español por López-Ibor, Pérez y Rubio, 1996) y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First y cols., 1994).

La IPDE (Loranger y cols., 1994; Loranger, Janca y Sartorius, 1997) es una entrevista clínica semiestructurada compatible con los criterios del DSM-IV y de la CIE-10 que cuenta con un cuestionario de detección y una entrevista semiestructurada. Primero se administra el cuestionario con una duración de unos 15 minutos donde la persona contesta 77 ítems para el módulo del DSM y 59 para el de la CIE, todos ellos Verdadero o Falso. Si hay sospecha de existencia de algún TPe (más de tres criterios para cada TPe), entonces el clínico pasa la entrevista completa para diagnosticar con mayor fiabilidad.

La SCID-II (First y cols., 1994) es una entrevista que evalúa la presencia de trastornos de personalidad siguiendo los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994; 2000) y que permite diagnosticar un TPe tanto de forma categorial como subjetivamente según el clínico, puesto que además de seguir los criterios categoriales, ofrece puntuaciones para que el clínico puntúe de 1 a 3 (1 = ausente o falso, 2 = subumbral y 3 = umbral o verdadero). Con la publicación del DSM-5 ya se ha revisado en diversas ocasiones y se han modificado muchas de las preguntas para mejorar la correspondencia con los criterios diagnósticos de la Sección II y reducir el riesgo de los falsos positivos (First, Williams y Spitzer, 2015). En la actualidad, ya cuentan con cinco versiones de la SCID-5: Research Versión, Clinical Trials Version, la Clinical Version, la Personality Disorder Version y la Alternative Model Version que se pueden encontrar en la web que han creado a tal efecto (www.scid5.org), donde también se irán actualizando las versiones.

En cuanto a los procedimientos e instrumentos específicos que se suelen adoptar y administrar para la evaluación concreta del TPL, a continuación, procederemos a comentar los más utilizados por la comunidad científica.

c) Autoinformes y entrevistas para la evaluación del TPL

En cuanto a los instrumentos específicos para el diagnóstico del TPL, podemos encontrar el que elaboró Leichsenring en 1999, el Borderline Personality Inventory (BPI; Leichsenring, 1999); la entrevista semiestructurada Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI; Arntz, van den Hoorn, Cornelis, Verheul, van den Bosch, de Boer, 2003) para evaluar la frecuencia y gravedad de las manifestaciones del trastorno; la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R; Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey, 1989); la Schedule for Interviewing Borderlines (SIB; Baron y Gruen, 1980); El - Personality Assessment Inventory para Borderlines (PAI-BOR; Jackson y Trull, 2001); el Borderline Personality Disorder Scale (BPDS; Perry, 1982); el Borderline Syndrome Index (BSI; Conte, Plutchik, Karasu y Jerrett, 1980); la Escala de Impresión Clínica Global para la evaluación del TPL (ICG- TPL, Pérez y cols., 2007), diseñada para evaluar la gravedad del trastorno y el cambio tras la intervención; o el Borderline Symptom List (BSL; Bohus, Limberger, Frank, Sender, Gratwohl y Stieglitz, 2001; Bohus, Limberger, Frank, Chapman, Kühler y Stieglitz, 2007) en su versión completa (BSL-95) o su versión corta de 2009 de Bohus y cols. (BSL-23), en el que se recogen síntomas del TPL y se evalúa los efectos de la terapia; o el Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD; Zanarini, 2003) con el mismo propósito que las dos anteriores.

Por último, la evaluación de personas con TPL también incluye otros aspectos característicos del TPL como pueden ser las conductas autolesivas que manifiestan comúnmente estas personas, el trauma o la impulsividad. Respecto a las primeras, Sansone, Wiedemann y Sansone (1998) presentan un Cuestionario de Autolesiones (*Self-Harm Inventory-SHI*) para evaluar conductas autolesivas intencionadas. También encontramos otros instrumentos parecidos, como el Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI; Gratz, 2001); el Self-Harm Behavior Questionnaire (SHBQ; Guttierrez, Osman, Barrios, Kopper, 2001). En cuanto a las experiencias traumáticas, el Child Trauma Questionnaire (CTQ; Bernstein y cols., 1994) evalúa el abuso físico y emocional, el abandono emocional, el físico y el sexual. Y respecto a la impulsividad, el cuestionario por

excelencia más utilizado es el Barratt Impulsiveness Scale (BIS; Barratt, 1965) junto con su 11ª versión (Patton, Stanford y Barratt, 1995) y su adaptación española de Oquendo, Baca-García, Graver, Morales, Montalban, y Mann (2001), aunque también podemos encontrar otros como el UPPS Impulsive Behaviour Scale (UPPS; Whiteside, Lynam, Miller y Reynolds, 2005), junto con una validación de una versión más corta en español por Cándido, Orduña, Perales, Verdejo-García y Billieux (2012).

A continuación, se presenta una tabla resumen con los instrumentos más utilizados en la evaluación del TPL:

Tabla 14. Tabla resumen de los instrumentos más utilizados en el diagnóstico del TPL

| QUÉ EVALUA | ENTREVISTA | AUTOINFORME |
|------------|--|--|
| TPe | <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (Zanarini y cols., 1989) -Structured Clinical Interview for DSM-IV – Eje II (First y cols., 1994) -Structured Interview for DSM-IV Personality (Pfohl y cols., 1997) -International Personality Disorder Examination (Loranger, 1994) -Personality Assessment Schedule (Tyrer y Alexander. (1979) - Standardized Assessment of Personality (Mann y cols., 1999) | <ul style="list-style-type: none"> -Personality Diagnostic Questionnaire - IV (Hyer, 1994) -Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (Millon y cols., 2006) -Personality Assessment Inventory (Morey, 1991 y 2007) Minnesota Multiphasic Personality Inventory -2-RF (Ben-Porath y Tellegen, 2008) -Personality Inventory for DSM-5 (Krueger y cols., 2013) |
| TPL | <ul style="list-style-type: none"> -Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (Zanarini y cols.,1989) -Schedule for Interviewing Borderlines (Baron y Gruen, 1980) -Borderline Personality Severity Index (Arntz y cols., 2003) | <ul style="list-style-type: none"> -Borderline Personality Inventory (Leichsenring, 1999) -Borderline Personality Disorder Scale (Perry, 1982) -Borderline Syndrome Index (Conte y cols., 1980) -Escala de Impresión Global- TPL (Pérez y cols., 2007). |

| | | |
|--|--|---|
| | | - Personality Assessment Inventory para Borderlines (Jackson y Trull, 2001) |
| GRAVEDAD Y EFECTO DE LA TERAPIA | | -Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (Zanarini, 2003) -Borderline Personality Severity Index (Arntz y cols., 2003) -Borderline Symptom List -95 (Bohus y cols., 2001) -Borderline Symptom List -23 (Bohus y cols., 2009) |
| AUTOLESIONES | | -Self Harm Inventory (Sansone y cols., 1998) -Deliberate Self-Harm Inventory (Gratz, 2001) -Self Harm Behavior Questionnaire (Guttierrez y cols., 2001) |
| IMPULSIVIDAD | | -Barrat Impulsiveness Scale (Barratt, 1965) y BIS-11 (Patton y cols., 1995) -Impulsive Behaviour Scale (Whiteside y cols., 2005) |
| TRAUMA | | -Child Trauma Questionnaire (Bernstein y cols., 1994) |

En cuanto a estos instrumentos, Carcone, Tokarz y Ruocco (2015) realizaron una revisión sistemática sobre los estudios de validez y fiabilidad de las entrevistas semiestructuradas y observaron buenos datos psicométricos. No obstante, es necesario realizar revisiones de otros instrumentos que se utilizan en la práctica clínica, pero para los que todavía no existen estudios sobre sus propiedades psicométricas. Esto es esencial para confirmar que, efectivamente, estamos midiendo lo que queremos medir y con la precisión necesaria (para mayor concreción al respecto, se puede consultar el trabajo realizado por Carcone y cols., 2015).

2.4. Etiología, factores predisponentes, mantenedores y curso del TPL

En este apartado comentaremos la etiología del TPL, los factores que pueden predisponer a una persona a que desarrolle este trastorno, los mantenedores que hacen que se mantenga el problema a lo largo del tiempo y cuál es el curso que suele tener a lo largo de la vida.

A continuación, describiremos brevemente los datos de los estudios más relevantes sobre la **etiología** del TPL, la cual es compleja y con influencia de múltiples factores biológicos y psicosociales (Ahluwalia-Cameron, Calderwood, y McMurphy, 2019; Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009; Gunderson, 2009; Kulacaoglu y Kose, 2018; Ruocco y Carcone, 2016; Skodol y cols., 2002). Más concretamente, los estudios se suelen centrar en factores *genéticos*, *neurobiológicos* y *psicosociales* (Caspi, y cols., 2002; Kulacaoglu y Kose, 2018).

Respecto a los factores *genéticos* y *neurobiológicos*, los estudios de gemelos y familias indican que efectivamente estos factores contribuyen en las características del TPL (Streit, Colodro-Conde, Hall, y Witt, 2020) y la literatura científica considera que la heredabilidad genética del TPL es del 40% (Distel y cols. 2007; Kendler y cols., 2008). De hecho, el TPL llega a ser hasta 5 veces más probable en familiares de primer grado que en la población general (APA, 2013). Las investigaciones que analizan estos factores se centran en descubrir cuáles son los mecanismos que hacen del TPL diferente a otros trastornos con características similares. Sin embargo, todavía se desconoce la arquitectura genética del TPL (Bassir Nia, Eveleth, Gabbay, Hassan, Zhang, y Perez-Rodriguez, 2018). En este sentido, estos mismos autores dividen los estudios genéticos de TPL en siete categorías: a) estudios basados en un único gen, b) estudios de asociación génica amplia (GWAS por sus siglas en inglés: “genome wide association studies); c) estudios sobre el binomio genética ambiente; d) epigenética; e) aproximación fenotípica; f) genética de imágenes y g) modelos animales.

En general, estos estudios han encontrado un número bajo de genes que alcancen alguna implicación significativa, estando además dichos genes

relacionados con otros trastornos mentales como el trastorno bipolar o la esquizofrenia (Duan y cols., 2014; Schizophrenia Psychiatric Genome-Wide Association Study [GWAS] Consortium, 2011; Witt y cols., 2017).

El GWAS específico en TPL no se ha potenciado lo suficiente (Bassir Nia y cols., 2018), dado que solo se han realizado dos estudios (Lubke y cols., 2014; Witt y cols., 2017), de los cuales solo el del equipo de Witt se llevó a cabo con población diagnosticada de TPL, puesto que el otro se realizó con población que únicamente se autoadministró el Personality Assessment Inventory para Bordelines (PAI-BOR. Jackson y Trull, 2001). El estudio de Witt y cols. (2017) fue la primera investigación GWAS para el TPL. La muestra estuvo compuesta por 998 pacientes diagnosticados de TPL y 1545 controles y se probaron 17.755 genes. En general, los análisis no mostraron asociaciones significativas, pero sí mostraron dos genes importantes: dihidropirimidina deshidrogenasa en el cromosoma 1 y la Plakofilina-4 en el cromosoma 2. Además, un conjunto de genes implicados en la exocitosis mostró una asociación significativa con el TPL. Curiosamente, el estudio también encontró un solapamiento genético significativo con el trastorno bipolar, el trastorno depresivo mayor y la esquizofrenia. No obstante, es necesario que estos hallazgos tan prometedores sean replicados con muestras más grandes, puesto que otros estudios de GWAS, como el de esquizofrenia, se han realizado con más de 10.000 personas.

Respecto a los estudios ambiente-genética, son también muy escasos. En la revisión que realizaron Carpenter, Tomko, Trull y Boomsma (2013) observaron que la mayor parte de los estudios contaban con numerosos fallos metodológicos y muy pocos evaluaban las interacciones ambiente-genética como predictores del diagnóstico del TPL. De hecho, el de Distel y cols. (2011) es el único estudio empírico que estudia estas interacciones en TPL. En éste se obtuvieron correlaciones significativas en la interacción entre genética y ambiente para las siguientes situaciones: divorcio/rupturas, asaltos con violencia, agresiones sexuales y pérdidas de empleo y el diagnóstico de TPL. Sin embargo, no es posible determinar la dirección de la causalidad, por lo que en la revisión de Carpenter y su equipo (2013) se concluye que es necesario realizar más estudios que repliquen estos resultados guiados por investigaciones en gemelos y familia, que utilicen mayor muestra, que evalúen los efectos de las correlaciones de

genética y ambiente, mejorar los instrumentos que evalúan la influencia del ambiente y adoptar estrategias óptimas de diseño para estudiar en profundidad la interacción genética/ambiente (Carpenter y cols., 2013).

En este sentido, las investigaciones en epigenética tienen como principal cometido estudiar cómo el genoma está regulado por estímulos ambientales y analizar cómo las estructuras moleculares que intermedian en la expresión de los genes pueden ser modificadas por el ambiente físico y social y cómo dichos cambios pueden transmitirse de unas generaciones a otras (Bassir Nia y cols., 2018). En los últimos años hay un crecimiento en el número de este tipo de estudios respecto a TPL. Por ejemplo, un trauma en la infancia es un factor de riesgo ya conocido en TPL y se ha observado que la gravedad de dicho trauma y del TPL están asociados a un mayor nivel de metilación del receptor del glucocorticoide NR3C1 (Martín-Blanco y cols., 2014). Por su parte, Teschler, Gotthardt, Dammann y Dammann (2016) observaron un aumento significativo de metilación en el promotor del gen del ancla 1 de la membrana rica en prolina (PRIMA1, por sus siglas en inglés) en la muestra de sangre periférica de pacientes diagnosticadas con TPL en comparación con el grupo control y, sin embargo, también se observó una disminución en el nivel de metilación del promotor distal y de la región 51ETS de ADNr en el grupo de TPL. El aumento de la metilación de PRIMA1 provoca una disminución de la función de las enzimas y un aumento de la actividad colinérgica, lo cual ha sido observado en pacientes con TPL (Teschler y cols., 2016).

Otro estudio reciente (Arranz y cols., 2021) encontró que los pacientes con TPL mostraban alteraciones epigenéticas con mayor frecuencia en los genes que controlan la regulación de los estrógenos, la neurogénesis y la diferenciación celular y en el cromosoma X, lo cual podría en parte explicar las diferencias de ocurrencia del TPL entre géneros. Además, hallaron que estas diferencias eran mayores cuando los pacientes habían padecido eventos traumáticos en su infancia.

En general, podemos decir que estos estudios sugieren que los pacientes con TPL pueden tener unos patrones de modificación epigenética anormal en los genes relacionados con el estrés, la regulación de estrógenos, el desarrollo

neurológico y condiciones neuropsiquiátricas. Sin embargo, aún no está claro cómo estas modificaciones resultan en el fenotipo del TPL, por lo que es necesaria más investigación y utilizar muestras más grandes para clarificar el papel de la genética y la variación epigenética y dilucidar los mecanismos neurobiológicos y moleculares que conducen al diagnóstico del TPL (Bassir Nia y cols., 2018).

La aproximación fenotípica pretende deconstruir los fenotipos complejos (como, por ejemplo, el TPL) en los elementos básicos que subyacen (es decir, los endofenotipos), los cuales pueden relacionarse más estrechamente a determinadas vías neurobiológicas (Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley y Kendler, 2002). Los fenotipos están relacionados con múltiples genes y los más característicos de este trastorno son la **inestabilidad afectiva, la impulsividad y la disfunción social e interpersonal** como ya hemos comentado previamente (Fonagy y Bateman, 2018; Herpertz, Bertsch, 2014; Krause-Utz, Sobanski, Alm, Valerius, Kleindienst, Bohus y Schmahl, 2013; Navarro-Haro, y cols., 2016). Este enfoque permite dar cuenta de la alta heterogeneidad del TPL, dado que se puede seleccionar muestras en función de unos endofenotipos concretos en vez de la presencia categorial de los criterios clásicos del manual DSM. En este sentido, esta aproximación va en línea con la iniciativa RDoC del Instituto Nacional de Salud Mental y con el Modelo alternativo de los TPe de la Sección III del DSM-5, que basan los diagnósticos de los trastornos mentales en función de unas dimensiones de personalidad basadas en teorías muy bien fundamentadas (Power y Pluess, 2015) y, dada la heredabilidad de dichos rasgos de personalidad, conforman los objetivos de estudio para investigar el sustrato biológico de los TPe como el TPL.

Las investigaciones de genética de imagen en TPL sorprendentemente no han proliferado mucho en comparación con otros trastornos como el Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) o el Trastorno Obsesivo-Compulsivo (TOC) (Grünblatt, Hauser y Walitza, 2014; Larsson, Lichtenstein, Larsson, 2006). Uno de ellos es el estudio de Perez-Rodriguez y cols., (2017) que tenía como principal objetivo demostrar que los genotipos del Factor Neurotrófico Derivado del Cerebro (BDNF; por sus siglas en inglés) modulan la habituación de la amígdala, puesto que ya hay estudios que hipotetizan que la

habituación deficiente de la amígdala es un posible endofenotipo del TPL (Hazlett y cols., 2012). Otros estudios indican que los genotipos de BDNF modulan la reactividad de la amígdala ante estímulos emocionales, lo cual podría constituir un posible sustrato neurológico de la desregulación emocional que caracteriza al TPL (Frielingsdorf, Bath, Soliman, Difede, Casey, Lee, 2010; Yu, Wang, Wang, Liu, Lee, y Chen, 2012). Los resultados de Pérez-Rodríguez y cols. (2017) apoyan la hipótesis de que el alelo 66Met del BDNF se asocia con una alteración de la habituación de la amígdala, pudiendo conformar un endofenotipo de la desregulación emocional tan característica en el TPL.

Por último, en cuanto a los estudios de modelos animales, es muy difícil encontrar un modelo animal de un trastorno tan complejo como el TPL. Sí es más sencillo encontrar modelos animales de características frecuentes en el TPL, como la agresividad (Golden y cols., 2016) o el aislamiento social (Schneider, Hannusch, Schmahl, Bohus, Spanagel y Schneider, 2014). Las investigaciones con animales permiten manipular directamente el sistema neurobiológico como en el estudio de Challis y Berton (2015), los cuales manipularon las entradas sinápticas de las neuronas serotoninérgicas de los ratones revelando influencia en conductas socioafectivas como la evitación social. Sin embargo, a pesar de estos avances, la investigación con modelos animales en TPL se encuentra todavía en sus primeras fases y es necesario aumentar la investigación, al igual que con el resto de los estudios genéticos en TPL (Bassir Nia y cols., 2018).

En relación con los **factores psicosociales** del TPL, los estudios se centran principalmente en tres aspectos sobre los que hablaremos a continuación: a) sucesos traumáticos en la infancia (abuso físico, psicológico o sexual), b) problemas en el apego y c) un ambiente invalidante.

En una revisión sistemática acerca del abuso sexual y el TPL (de Aquino Ferreira, Pereira, Benevides y Melo, 2018), se analizaron 40 estudios entre 1997 y 2017 de los que se desprende que los abusos sexuales juegan un papel fundamental en el TPL. Más concretamente, en el estudio se observa que el abuso sexual en la infancia es un claro factor de riesgo para desarrollar posteriormente un TPL.

Especialmente relevante es el hecho de que en este estudio se revela la historia de abuso sexual como predictor de sintomatología clínica más grave y un peor pronóstico en TPL, siendo las conductas suicidas las que presentan mayor evidencia, seguido de las conductas autolesivas y la cronicidad del TPL. En este mismo sentido, Rodante y cols. (2019) realizaron un estudio prospectivo de 24 meses con 136 pacientes diagnosticados de TPL y hallaron que la historia de abuso sexual en la infancia fue el único factor predictivo significativo de cometer una conducta suicida a lo largo de los 24 meses. Sin embargo, este factor no es específico del TPL, sino de también de otros trastornos como el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) (Bohus y cols., 2020), por lo que no podemos hablar de un factor causal, sino predisponente. Asimismo, es necesaria mayor investigación sobre el abuso físico y el emocional en TPL, puesto que los resultados no son consistentes y los estudios adolecen de muestras amplias con diagnóstico TPL y métodos de evaluación homogéneos (de Aquino Ferreira y cols., 2018).

En cuanto al apego, la literatura científica tradicionalmente se ha focalizado mayoritariamente en el apego inseguro, tal y como se desprende de la revisión hecha por Agrawal, Gunderson, Holmes y Lyons-Ruth (2004), donde los 13 estudios analizados por los autores dejan entrever el apego inseguro como uno de los factores de riesgo del TPL, junto con el trauma y la negligencia (Mosquera, González y Leeds, 2014) o como mediador entre las experiencias traumáticas infantiles y la patología del TPL (Baryshnikov y cols., 2017). No hay estudios concluyentes del rol que juega el apego dentro del TPL, pero lo que sí parece claro es que, como bien plantean Mosquera y cols. (2014, p.7), el apego es “una pieza más del puzzle” del complejo Trastorno de la Personalidad Límite.

Y finalmente, en cuanto a los estudios sobre el ambiente invalidante, ya desde 1993, con la teoría biosocial sobre el TPL de Marsha Linehan y posteriormente con la teoría del Modelo de Desarrollo Biosocial (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009), se establece el ambiente familiar invalidante como un factor importante para desarrollar TPL en personas con vulnerabilidad emocional y, al mismo tiempo, la persona emocionalmente vulnerable y reactiva provoca también la invalidación del medio (Linehan, 1993). El ambiente invalidante viene definido como “la tendencia a responder errática e inapropiadamente a la experiencia privada... y, en particular, a

ser insensible frente a la experiencia privada no compartida por el grupo... y responder de una forma extremada (exageradamente o demasiado poco) a la experiencia privada que sí es compartida por el grupo” (Linehan, 1993, p. 22). Es importante su definición, puesto que en la revisión sistemática de Musser, Zalewski, Stepp y Lewis (2018) se pone de manifiesto que no siempre se evalúa el constructo tal y como fue definido en la teoría biosocial (Linehan, 1993) y que existen múltiples medidas de evaluación, lo que sugiere la necesidad de una mayor rigurosidad en esta línea de investigación. De hecho, este factor parece predecir más concretamente la aparición de conductas autolesivas en personas con TPL (Adrian, Berk, Korslund, Whitlock, McCauley y Linehan, 2018; Crowell, y cols., 2009; Pérez, Lorca y Marco, 2020), las cuales son características en personas con TPL cuyos porcentajes pueden oscilar entre el 69 y el 80% (Chapman, Derbidge, Cooney, Hong y Linehan, 2009), siendo este trastorno el único que las incluye como criterio para su diagnóstico en el DSM-5 (APA, 2013). Además, las conductas autolesivas son la causa más frecuente de hospitalización en esta categoría clínica (Biagini, Torruco y Carrasco, 2005). Como resultado de la alta frecuencia de autolesiones, se produce un aumento del riesgo de suicidio (Cheng, Man y Chan, 1997). Entre el 60% y 70% de personas con TPL intentan suicidarse alguna vez en su vida (Oldham, 2006). Aproximadamente del 6 al 10% de las personas con TPL consuman el suicidio (Blasco-Fontecilla y cols., 2009; Esbec y Echeburúa, 2014; Soloff, Lynch y Kelly, 2002; Temes, Frankenburg, Fitzmaurice y Zanarini, 2019), especialmente los menores de 30 años (Soloff, Lynch y Kelly, 2002; Zanarini y cols., 1998), mientras que el otro 90% tan sólo amenaza con ello o lo intenta, incluso varias veces (Echeburúa, 2015).

En conclusión, parece que existen factores de riesgo genéticos (como, por ejemplo, la impulsividad y vulnerabilidad emocional) y psicosociales (como la historia de abuso en la infancia -sexual y/o físico-, un apego inseguro o un ambiente invalidante) que parecen estar influenciando en la posibilidad de desarrollo de TPL (Chapman, 2019). No obstante, tal y como se desprende de la revisión de Stepp, Lazarus y Byrd (2016) acerca de los factores de riesgo en TPL, todavía no se pudo identificar quién está en riesgo y por qué desarrollan TPL en vez de otros trastornos, por lo que es necesario un mayor número de estudios y trabajos más precisos para analizar hasta qué punto los factores de riesgo juegan un papel determinante en el desarrollo del TPL y hasta qué punto existen factores protectores que hacen que

aquellas personas que presentan los factores de riesgo ya mencionados no desarrollen TPL o cualquier otro trastorno mental grave.

En cuanto al **curso** del TPL, éste es muy variable, aunque el patrón común es que comience insidiosamente en la adolescencia o inicio de la vida adulta con inestabilidad en las diferentes áreas de su vida durante los primeros años de la vida adulta con episodios de grave descontrol afectivo (APA, 2013) y de conductas impulsivas con mayor riesgo de suicidio en estos primeros años en el curso del trastorno (Caballo y cols., 2011). En estos años lo más común es una inestabilidad con un descontrol de los impulsos, desregulación emocional y búsqueda de ayuda profesional (APA, 2013). La trayectoria del TPL sigue una curva en forma de U inversa, en la cual la mitad del número de rasgos se van diluyendo con la edad de forma que, cuando las personas van cumpliendo años y entran en la década de los 30 ó 40, el 50% o más de ellos ya no cumplen criterios para el TPL, aunque sí parece que siga existiendo una cierta tendencia a experimentar emociones intensas, impulsividad y un funcionamiento no muy competente a nivel social (APA, 2013; Gunderson y cols., 2011).

En resumen, todavía no tenemos claro el curso del TPL desde el punto de vista empírico. No obstante, en lo que parecen coincidir los principales trabajos es en la existencia de una reducción de la sintomatología relacionada con la impulsividad con el paso del tiempo, o bien en la forma de expresar los rasgos impulsivos, mientras que los afectivos remiten más lentamente (APA, 2022).

2.5. Tratamientos con evidencia empírica para el TPL

La guía NICE para el TPL (2009), en su actualización de 2018, indica que no existe ningún psicofármaco específico para el tratamiento del TPL y, por tanto, no deben utilizarse para los síntomas o comportamientos asociados como las autolesiones, síntomas psicóticos transitorios, conductas de riesgo y la inestabilidad emocional. No obstante, sí se utilizan los antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos o estabilizadores del ánimo para los trastornos

comórbidos que suelen acompañar al TPL.

Mientras que los tratamientos psicofarmacológicos utilizados han demostrado únicamente una eficacia moderada (Choi-Kain, Albert y Gunderson, 2016), varios tratamientos psicológicos han sido empíricamente validados para la intervención en personas con TPL (Cristea y cols., 2017; Stoffers y cols., 2012). Desafortunadamente, todos ellos son muy especializados y no son de fácil acceso ni para la formación de profesionales (lo cual facilitaría la diseminación del tratamiento) ni para los pacientes, dado el alto coste económico que suelen conllevar (Choi-Kain y cols., 2016; Meuldijk y cols., 2017). Son varias las revisiones sistemáticas realizadas en los últimos años sobre los Tratamientos Empíricamente Validados (TEV) para abordar el TPL (Cristea y cols., 2017; Meuldijk y cols. 2017; Oud y cols., 2018; Stoffers y cols., 2012) que evalúan, entre otros parámetros, los costes y la eficacia de las intervenciones (p.ej., severidad global del cuadro, sintomatología y abandonos) realizadas en Estudios Controlados Aleatorizados (ECA). En estas revisiones se concluye que ciertas psicoterapias se muestran eficaces, especialmente la Terapia Dialéctica-Comportamental y los enfoques psicodinámicos (Cristea et al., 2017). A continuación, explicaremos los TEV diseñados específicamente para el TPL, centrándonos con mayor detenimiento en la Terapia Dialéctico-Comportamental (DBT, por sus siglas en inglés), dado que es la utilizada en este estudio:

- 1) Terapia Basada en la Mentalización
- 2) Psicoterapia Focalizada en la Transferencia
- 3) Terapia centrada en Esquemas
- 4) Terapia Dialéctica-Comportamental.

Adicionalmente explicaremos sucintamente otros tratamientos que también suelen utilizarse como el Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS), otros tratamientos utilizados en unidades y dispositivos públicos de salud mental y otros tratamientos empíricamente validados utilizados para paliar los problemas característicos de Eje I .

2.5.1. Terapia Basada en la Mentalización

La Terapia basada en la Mentalización (MBT por sus siglas en inglés), tiene como principales exponentes a Bateman y Fonagy, quienes a principios de siglo explicaban los trastornos de personalidad como una alteración de la mentalización en la persona (Bateman y Fonagy, 2004). La mentalización la definen como la capacidad de entender y dar un significado a las propias conductas y a las de los demás en términos de estados mentales subjetivos (creencias, deseos, sentimientos, etc.), donde las relaciones interpersonales y la regulación emocional adquieren un papel crucial (Bateman y Fonagy, 2004). De este modo, interpretar a los demás en términos psicológicos requiere de una gran capacidad de mentalización, siendo un proceso social que precisa tener una figura de apego durante los primeros años de vida. Igualmente, una adecuada capacidad para mentalizar es fundamental para la regulación de nuestras emociones (Bateman y Fonagy, 2006).

Esta intervención de corte psicodinámico -que se basa en la teoría del apego desarrollada por Bowlby entre 1969 y 1980- consiste en un tratamiento individual y/o grupal estructurado de unos 12-18 meses. Su objetivo principal es incrementar la capacidad de mentalización del paciente (Bateman y Fonagy, 2016) activando los esquemas de apego de la persona, o bien inhibiéndolos o bien activándolos (Errasti y López-Navarro, 2021). Adicionalmente, también cuenta con un programa de Apoyo y Entrenamiento para Familias y Cuidadores (FACTS, por sus siglas en inglés).

La intervención tiene 3 fases (Bateman y Fonagy, 2004). En la primera, la inicial, el formato utilizado es el de terapia individual y se persigue motivar e implicar al paciente en el tratamiento, evaluar la capacidad de mentalización que presenta y hacer la formulación de caso llevando a cabo análisis de las relaciones interpersonales y las dinámicas que las caracterizan, analizando el relato de las situaciones sociales y emocionales y de los patrones de relaciones que tiene, siempre mediante la escucha activa. En la segunda fase, la media, el formato es individual y grupal y los objetivos son afianzar la relación terapéutica e incrementar la mentalización del paciente. Las técnicas que se suelen utilizar son la clarificación y desafío, reaseguración y empatía, “párate, escucha y mira”,

“párate, rebobina y explora”, interpretación causal de lo que narra el paciente y contrastar la percepción de la relación que tiene el paciente con la del terapeuta.

En la tercera fase, la final, el formato vuelve a ser individual y sirve para preparar el final de la terapia y mantener los logros conseguidos a lo largo de la intervención trabajando los posibles sentimientos de pérdida, analizando los patrones actuales de las relaciones del paciente, a través de la mentalización de la transferencia y la contratransferencia (Errasti y López-Navarro, 2021; Sánchez-Quintero y Vega, 2013).

Respecto a los Ensayos Controlados (EC) y Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA), a continuación, mostramos un resumen en la siguiente tabla:

Tabla 15. Resumen Ensayos Controlados y Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Basada en la Mentalización

| Autores (año) | Nivel evidencia | Tamaño muestral | Terapia de comparación | Variabes de Evaluación | Resultados |
|--|------------------------|------------------------|--|--|--|
| Jørgensen, Freund, Bøye, Jordet, Andersen y Kjølbbye (2013). | 1+ | 111 | Ter. Grupal en solución de problemas y habilidades de resolución de conflictos | Func. general, social, síntomas depresivos, N° criterios de TPL. | Ambos grupos mejoran, pero BMT fue mejor en func. Gral. |
| Laurensen y cols. (2018) | 1+ | 95 | Ter. Sistémica y visitas psiquiátricas periódicas. | Int./frec. síntomas de TPL, calidad vida y func. Interpersonal. | Ambos grupos mejoran, pero BMT mayor aceptación. |
| *Kvarstein y cols. (2019) | 1+ | 345 | | | |
| Barnicot y Crawford (2019) | 1++ | 90 | Terapia Dialéctico-Comportamental | Desregulación emocional y riesgo de autolesión. | Ambos fueron eficaces |
| Smits y cols. (2020) | 1++ | 114 | MBT en entorno hospitalario Vs ambulatorio | Síntomas del TPL y funcionamiento interpersonal | Ambos eficaces en mejorar los síntomas TPL, pero mejoró más el grupo hospitalizado en func. Interpers. |

*Nota: Kvarstein et al. (2019) es un EC. El resto de estudios son ECA.

Fuente: Tabla adaptada de Errasti y López-Navarro (2021)

2.5.2. Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP, por sus siglas en inglés), tiene como principales exponentes a Kernberg, Clarkin y Yeomans, quienes comenzaron ya desde los años 80 a trabajar con TPe en Nueva York, publicando su primer manual para el tratamiento del TPL a finales de los 90 (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 1999) y, a partir del cual, han ido desarrollando y actualizando su teoría e intervención a lo largo de los años (Clarkin, Caligor y Sowislo, 2021; Yeomans y cols., 2015). La TFP es una intervención también de corte psicodinámico que define los problemas del TPL desde el punto de vista del vínculo y de las relaciones con los objetos que subyacen a las conductas observables de los pacientes con TPL. La teoría de las relaciones objetales enfatiza que los impulsos de agresividad y la libido siempre son hacia un objeto y esas relaciones internalizadas hacia los objetos sirven para organizar y motivar la conducta. Este tipo de relaciones son elementos básicos de las estructuras psicológicas y hacen las veces de organizadores de la motivación y de la conducta estando compuestas por una representación del *sí mismo* (el *self*) y por una representación de *otro* (el *objeto*), ambos relacionados por un afecto que está vinculado con un impulso, o que lo representa (Yeomans y cols., 2016). Estas unidades compuestas del *self*, la representación de un *otro*, y el afecto que los vincula, constituyen las díadas relacionales-objetales. En este sentido, el objetivo de este tipo de intervención es precisamente reactivar esas relaciones internalizadas en un contexto controlado donde el terapeuta toma un papel relevante ya que son interpretadas en la transferencia con él/ella. La TFP está dividida en tres fases: la fase inicial, donde se pone a prueba el marco terapéutico, se evalúan los impulsos y se identifican las diadas; la fase intermedia, donde la terapia se va moviendo hacia la integración, junto con episodios de regresión utilizando técnicas clásicas psicoanalíticas como la atención a procesos inconscientes, la transferencia y la interpretación; y la fase avanzada del tratamiento y finalización.

Respecto a los EC y ECA, a continuación, mostramos un resumen en la siguiente tabla:

Tabla 16. Resumen de Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Focalizada en la Transferencia

| Autores (año) | Nivel evidencia | Tamaño muestral | Terapia de comparación | Variabes de Evaluación | Resultados |
|---|------------------------|------------------------|-------------------------------|---|---|
| Doering y cols. (2010) | 1+ | 104 | Psicólogos privados | Intentos de suicidio e ideación suicida | Mejor en intentos de suicidio. No en actas. autolíticas |
| Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck y Spinhoven (2015) | 1+ | 86 | T. Esquemas | Sintomatología TPL | Más eficaz la Ter. Esquemas. |
| *Dammann y cols. (2016) | 2+ | 30 | ----- | Func. Interpersonal y síntomas TPL | Mejoran solo en func. Interp e intens. síntomas depresivos. |

*Nota: Dammann y cols. (2016) es un estudio de cohorte. El resto son ECA.

Fuente: Tabla adaptada de Errasti & López-Navarro (2021)

2.5.3. Terapia centrada en Esquemas

La terapia centrada en Esquemas tiene como principal exponente a Jeffrey Young (1990; 1999), quien partió de la Terapia Cognitiva para elaborar esta intervención y, con un enfoque integrador, la desarrolla añadiendo aspectos relacionados con el enfoque conductual, relaciones objetales, terapia Gestalt, constructivismo, psicoanálisis y la teoría del apego (Young, Klosko y Weishaar., 2003). En la Terapia de Esquemas hay tres aspectos cruciales que forman la base de su modelo que son los *esquemas*, que son aspectos psicológicos nucleares de la persona; el *estilo de afrontamiento*, que son las respuestas conductuales que da la persona ante dichos esquemas; y los *modos*, que son los esquemas y el estilo de afrontamiento que se da en un determinado momento, surgiendo las dificultades emocionales cuando no se cubren las necesidades básicas durante la infancia y juventud, llevando a que se formen estilos y esquemas disfuncionales (Young y cols., 2003). Los esquemas disfuncionales tempranos son el foco de atención de este tipo de terapia y están compuestos por recuerdos, emociones, cogniciones y sensaciones corporales que se van formando a lo largo de la infancia y se van repitiendo y elaborando a medida que la persona va creciendo. Estos esquemas son dimensionales y

pueden variar en intensidad, extensión y la frecuencia de activación y, por tanto, pueden llegar a interferir mucho en la vida de la persona y la forma que tienen de perdurar en el tiempo es a través de las *operaciones*, que básicamente son dos: la perpetuidad y el cambio (Young y cols., 2003). La perpetuidad hace referencia a todo lo que hace (interna y conductualmente) para perpetuar el esquema y está compuesto por distorsiones cognitivas, decisiones inconscientes que evitan el cambio y la evitación de situaciones que supondrían un cambio. Y finalmente, los estilos de afrontamiento son las respuestas que da la persona antes un determinado esquema y pueden ser tres: la rendición al esquema, la evitación o la sobre-compensación. El cambio de esquemas es precisamente donde esta intervención pone su principal objetivo y para ello se utilizan técnicas cognitivas (como la reestructuración cognitiva), conductuales (como los role-playing) y experienciales (como el psicodrama) para conseguirlo (Errasti y López-Navarro, 2021).

Esta es una terapia se ideó para un formato inicialmente individual, pero posteriormente se adaptó a nivel grupal, teniendo dos grandes fases: 1) la fase de evaluación y educación y 2) la fase de modificación (Young, 2015). En la primera el terapeuta ayuda al paciente a identificar sus esquemas y comprender su origen y en la segunda, el terapeuta combina los diferentes estilos de técnicas de forma flexible dependiendo de las necesidades semanales del paciente, sin un protocolo ni procedimiento establecido (Young, 2015).

Respecto a la investigación de este tipo de terapia, Sempértegui, Karreman, Karreman, Arntz y Bekker (2013) realizaron una revisión sistemática de 35 estudios, de los que la mayor parte se trataba de estudios de cohortes. Finalmente, se incluyeron 10 estudios como los de Renner, van Goor, Huibers, Arntz, Butz, y Bernstein (2013) y el de Nenadić, Dietzek, Langbein, Sauer y Gaser, (2017), quienes demostraron la eficacia de una versión abreviada de la Terapia de Esquemas en pacientes con diagnóstico de TPL y de cluster C. En sus conclusiones se destaca que este tipo de terapia es eficaz para la sintomatología del TPL. En cuanto a los Ensayos Controlados (EC) y los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA), a continuación, mostramos un resumen en la siguiente tabla:

Tabla 17. Resumen de Ensayos Controlados y Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia centrada en Esquemas

| Autores (año) | Nivel evidencia | Tamaño muestral | Terapia de comparación | Variables de Evaluación | Resultados |
|---|-----------------|-----------------|---|---|---|
| Leppänen, Kärki, Saariaho, Lindeman y Hakko (2015) | 1+ | 71 | Tratamiento habitual (TAU por sus siglas en inglés) | Gravedad síntomas y calidad de vida | No diferencias en resultados en la gravedad síntomas, pero mejor TE que TAU en cal. Vida. |
| *Arntz, Stupar-Rutenfrans, Bloo, van Dyck, y Spinhoven (2015) | 1+ | 86 | TFP | Síntomas TPL que predigan el éxito o abandono | No diferencias, salvo la gravedad de los síntomas disociativos. |

Nota: *Ensayo Controlado (EC)

Fuente: Tabla adaptada de Errasti y López-Navarro (2021)

2.5.4. Terapia Dialéctica-Comportamental (DBT)

La terapia Dialéctica-Comportamental, mayoritariamente conocida como DBT por sus siglas en inglés (Dialectical-Behavioral Therapy), tiene sus orígenes en la década de los noventa con el trabajo de Marsha Linehan (1993a). Se trata de una terapia de tercera generación con un enfoque integrador que recoge aspectos de la terapia cognitivo-conductual y terapias contextuales. En sus inicios, comenzó siendo un programa de tratamiento ambulatorio para personas con conductas suicidas y parasuicidas crónicas que, además, cumplían con los criterios de TPL (Linehan, 1993a,b; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon y Heard, 1991).

La DBT explica el TPL desde la teoría biosocial, la cual se fundamenta en que el principal problema de las personas con este trastorno es la **desregulación emocional**, la cual resulta de la combinación de una predisposición biológica (o vulnerabilidad), un ambiente invalidante y la combinación de ambos factores durante el desarrollo de la persona. La **vulnerabilidad emocional** se define por una sensibilidad muy alta a estímulos emocionales, una respuesta muy intensa

a los estímulos emocionales y un retorno lento a la estabilidad emocional. Y la regulación de esas emociones se define como la habilidad para inhibir la conducta inapropiada que viene impulsada por una emoción determinada, actuar independientemente del estado de ánimo, conseguir calmar una sensación fisiológica inducida por una emoción intensa y conseguir concentrar la atención mientras experimentamos una emoción intensa (Linehan, 1993a).

Por otro lado, la característica principal del **ambiente** de la persona que posteriormente desarrolla un TPL es que suele ser “**invalidante**” ya desde la infancia. Es decir, este ambiente suele responder de forma inapropiada e inconsistente a la experiencia privada del niño/a (sus pensamientos, sensaciones y emociones), es insensible a la experiencia privada diferente a la del grupo y tiende a responder de forma extrema (o bien demasiado, o bien demasiado poco) a la experiencia privada que sí es compartida con el grupo (Linehan 1993a).

La combinación de estos dos grandes factores (vulnerabilidad emocional y ambiente invalidante) explicaría que la persona con TPL presente problemas de inestabilidad a nivel cognitivo, emocional, conductual, interpersonal y de identidad, interfiriendo en todas las áreas de su vida.

La DBT es un tratamiento de larga duración (2-3 años) cuyo objetivo es que la persona aprenda habilidades que la lleven a realizar conductas ajustadas al contexto, independientemente de sus emociones y la intensidad de las mismas. La meta general de la DBT es “tener una vida que merezca ser vivida” y el objetivo general es “conseguir la síntesis dialéctica” que tanto les cuesta alcanzar a estos pacientes. Las metas y objetivos más específicos se estructuran en función de las 4 etapas en las que se divide el tratamiento:

Tabla18. Etapas de tratamiento de la DBT

| | |
|-----------------|---|
| Pre-tratamiento | Compromiso y acuerdo del paciente con la DBT |
| Etapá 1 | Control y estabilidad conductual: erradicar amenazas contra la vida, contra la terapia y contra la calidad de vida. |
| Etapá 2 | Experiencias emocionales no angustiantes: se abordan los Trastornos Clínicos no trabajados en la etapa 1, cambiar el estatus de “outsider” y la evitación experiencial. |

| | |
|---------|--|
| Etapa 3 | Felicidad e infelicidad cotidiana: se trabaja el auto-respeto, los problemas diarios y los trastornos clínicos de menor gravedad residuales. |
| Etapa 4 | Felicidad y capacidad de tener alegría: se trabaja la expansión de la conciencia, las experiencias de “picos” y fluir y la realización espiritual. |

Fuente: Tabla de elaboración propia

Para conseguir estos objetivos, el tratamiento completo (DBT estándar) requiere un **equipo de consultoría** que proporciona el tratamiento semanal a nivel **individual**, con el fin de mejorar los sistemas motivacionales del paciente, a nivel **grupal**, para el aprendizaje de las siguientes **habilidades**: a) *conciencia plena*; b) *eficacia interpersonal*; c) *regulación emocional*; y d) *tolerancia al malestar*; y a nivel **telefónico** (a demanda) para hacer coaching y generalizar las habilidades trabajadas en el grupo en el ambiente natural del paciente. Adicionalmente, también se tiene cuenta a la **familia y allegados** con el fin de estructurar el ambiente.

A través y a lo largo de estos 4 tipos de intervenciones, las estrategias que se utilizan son cognitivo-conductuales, como la reestructuración cognitiva, el manejo de contingencias o la exposición, pero también técnicas de dialéctica, de conciencia plena (mindfulness) y de aceptación radical. Además del tratamiento completo, existen otras modalidades como la Terapia Individual, el Entrenamiento en Habilidades, formatos comunitarios o programas para adolescentes, existiendo estudios comparativos de la eficacia entre unas y otras modalidades (Linehan y cols., 2015), donde se indica que todo tipo de intervención que incluya el *entrenamiento en habilidades* obtiene mejores resultados (Linehan y cols., 2015). En este trabajo se explica solo sobre el tratamiento completo puesto que ha sido el utilizado en el marco experimental de la investigación.

Respecto a los estudios controlados y los estudios controlados aleatorizados, este tratamiento es el que presenta mayor evidencia empírica:

Tabla 19. Resumen de Ensayos Controlados Aleatorizados de la Terapia Dialéctica-Comportamental

| Autores (año) | Nivel evidencia | Tamaño muestral | Terapia de comparación | Variabes de Evaluación | Resultados |
|---|------------------------|------------------------|---|---|--|
| Kliem, Kröger, y Kosfelder (2010)* | 1++ | 16*** | Tratamiento habitual (TAU por sus siglas en inglés) | Eficacia a LP en CASI y Conductas Suicida. | Tamaño del efecto medio. |
| Bloom, Woodward, Susmaras, y Pantalone. (2012)** | 2++ | 11*** | ----- | Síntomas TPL | Tamaño del efecto medio. |
| McMain Guimond, Streiner, Cardish, y Links (2012) | 1++ | 180 | Ter. Psicodinámica, manejo de caso y fármacos. | Síntomas TPL | No diferencias significativas. |
| Neacsu Eberle, Kramer, Wiesmann y Linehan (2014) | 1++ | 101 | Tto. Comunitario | Malestar emocional, evitación experiencial y control de la ira. | Dif. Solo en control de la ira |
| Linehan y cols., (2015) | 1++ | 99 | DBT- Entrenamiento en HH y con DBT individual | Intentos suicidio, ideación suicida, sínt. Ansiedad y depresión | Los 3 eficaces para la ideación suicida. DBT individual menos eficaz en reducc. Ctas. Suicida y mejora de ans. / depres. |
| Barnicot y Crawford (2019) | 1++ | 99 | Ter. Mentalización | Desregulación emoc. y ctas. Autolesivas | Ambas eficaces |

Nota: *Metaanálisis; ** Revisión sistemática; ***Número de estudios incluidos

Fuente: Tabla adaptada de Errasti y López-Navarro (2021)

Las revisiones sistemáticas realizadas en los últimos años sobre la eficacia de los tratamientos empíricamente validados en TPL (Cristea y cols., 2017; Oud y cols., 2018 y Stoffers y cols., 2012) nos indican que, en general, estas terapias especializadas son más eficaces que el tratamiento habitual o el tratamiento comunitario realizado por expertos, pero no está comprobado que sean más eficaces que tratamientos psicológicos protocolizados.

2.5.5. Otras aproximaciones

2.5.5.1. Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving

Además de las terapias especializadas ya comentadas, también encontramos tratamientos protocolizados y manualizados como el Systems Training for Emotional Predictability & Problem Solving (STEPPS). Este programa de tratamiento fue desarrollado por Blum y cols. (2002) basándose en el programa de Bartel y Crotty (1992) se ha adaptado a una gran variedad de contextos y se implementa en numerosos países (Harvey, Blum, Black, Burgess y Henley-Cragg, 2014). Se trata de un tratamiento cognitivo-conductual que se divide en dos fases: 1) **Habilidades básicas**, que consiste en 20 sesiones de 2 horas de duración, en formato grupal con frecuencia semanal basado en habilidades y 2) **Stairways**, que es un programa de un año de duración que se realiza 2 veces al mes.

La primera fase del programa tiene tres componentes: a) conciencia de enfermedad; b) habilidades para el manejo emocional (distanciamiento, comunicación, reto, distracción y manejo de problemas) y c) habilidades de manejo conductual (objetivos, nutrición, higiene del sueño, ejercicio, ocio, salud física, evitación de conductas de abuso y manejo de relaciones interpersonales).

La segunda fase, "Stairways", sigue el mismo esquema que la primera fase, pero se persiguen objetivos más a largo plazo y reforzar las habilidades aprendidas en la primera fase del programa.

Se han llevado a cabo dos estudios controlados aleatorizados (Blum y cols., 2008; van Wel, 2006) y un estudio de cohortes (Black y cols., 2016) donde se muestra el apoyo empírico del programa y su eficacia para reducir síntomas característicos del TPL como la impulsividad o el afecto negativo. Además, recientemente se ha publicado un trabajo realizado en atención primaria en Inglaterra donde se aplicó STEPPS a 148 participantes obteniendo mejoría en ansiedad, depresión y sintomatología característica de TPL con un tamaño del efecto que oscilaba entre moderado y grande, lo cual indica que podría utilizarse en estos dispositivos aliviando de este modo la carga asistencial de otras unidades de salud mental (Hezelyova y cols., 2021).

2.5.5.2. La perspectiva transdiagnóstica

Otra aproximación que empieza a tener cierto apoyo científico en el estudio del TPL es la transdiagnóstica. En este sentido, Barlow y cols. (2011) comenzaron a desarrollar un protocolo de tratamiento específico para potenciar las habilidades dirigidas a mejorar la regulación emocional, el Protocolo Unificado del Tratamiento Transdiagnóstico de los Trastornos Emocionales (PU), que consiste en un tratamiento flexible de unas 16-20 sesiones en las que se trabajan 8 módulos: motivación, psicoeducación sobre las emociones, mindfulness, flexibilidad cognitiva, conductas opuestas, exposición interoceptiva, exposiciones emocionales y repaso de logros y mirar hacia el futuro.

Barlow y su equipo (2011) observaron que existen una serie de mecanismos subyacentes comunes a los trastornos emocionales que influyen en la vulnerabilidad para la adquisición y el mantenimiento de los trastornos emocionales a través de estrategias disfuncionales de regulación. Con el paso del tiempo el equipo de Barlow ha comenzado a estudiar la eficacia del PU en personas con TPL, puesto que una de las características principales de este trastorno es, precisamente, las dificultades en regulación emocional. En este sentido, su equipo de investigación (Bullis, Boettcher, Sauer-Zavala, Farchione y Barlow, 2019) ha definido un trastorno emocional como aquel que reúne tres criterios concretos: 1) la experimentación frecuente e intensa de emociones “negativas”; 2) la existencia de una reacción adversa o aversiva ante dicha experiencia emocional negativa, con baja sensación de control y valoración negativa del individuo de dicha emoción; y por último 3) el individuo realiza esfuerzos para disminuir la intensidad, escapar/evitar la experiencia emocional negativa. Teniendo en cuenta estos criterios, este equipo de investigación ya sugirió considerar el TPL como un trastorno emocional (Sauer-Zavala y Barlow, 2014), dado que ya se ha observado en diferentes estudios que cumple con los criterios mencionados (Carpenter y Trull, 2013; Chapman, Walters y Gordon, 2014; Crowell y cols. 2009; Nica y Links, 2009; Yen, Zlotnick, y Costello, 2002). El PU ya ha demostrado su eficacia para los Trastornos Emocionales (Barlow, Harris, Eustis y Farchione, 2020; Osma y cols., 2018; Steeley cols., 2018) y distintos estudios han empezado a demostrar preliminarmente la eficacia del PU para el tratamiento del TPL (Barlow y Farchione, 2017; Bullis y cols., 2019; Lopez y cols., 2015; Lopez y cols., 2019; Mohammadi, Bakhtiari, Arani, Dolatshahi y

Habibi, 2018; Sauer-Zavala, Bentley y Wilner, 2016; Sauer-Zavala, Cassiello-Robbins, Woods, Curreri, Wilner Tirpak y Rassaby, 2020) y otros han demostrado la importancia de evaluar ciertas características de personalidad y afectivas como el neuroticismo, la extraversión y el afecto positivo y negativo (Brown, Campbell, Lehman, Grisham y Mancill, 2001; Brown, Chorpita y Barlow, 1998; Brown y cols., 2001; Brown y Barlow, 2009; Osma, Peris-Baquero, Suso-Ribera, Sauer-Zavala y Barlow, 2021) y la eficacia del PU para disminuir el Neuroticismo y el Afecto Negativo y aumentar la Extraversión y el Afecto Positivo (Osma y cols., 2021).

2.5.5.3. TAU, Manejo psiquiátrico general y manejo clínico estructurado

En muchos de los estudios, encontramos que se utiliza el Tratamiento Habitual (TAU, por sus siglas en inglés) en los grupos control con el fin de compararlos con los grupos experimentales en los Ensayos Controlados Aleatorizados (ECA). Generalmente, los tratamientos que suelen implementarse en los diferentes centros y dispositivos de salud mental son tratamientos que están ya empíricamente validados para los diferentes tipos de trastorno que suelen presentar e ir asociados al TPL, como son los Trastornos Alimentarios, Trastorno por Consumo de Sustancias, Trastornos del Estado de Ánimo, Trastornos de Ansiedad o Trastorno de Estrés Postraumático, entre otros (Zanarini y cols., 1998), los cuales son normalmente intervenidos mediante tratamientos que ya han demostrado ser eficaces y que suelen estar encuadrados dentro de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), como puede ser la Terapia Cognitivo-conductual de Beck para la Depresión (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1983), el tratamiento de Fairburn para Trastornos Alimentarios (2008) o el de Foa para el Trastorno de Estrés Postraumático (2006).

Adicionalmente, en la literatura científica encontramos distintos procedimientos protocolizados utilizados en dispositivos de salud mental con los que se suelen comparar las terapias especializadas, como es el manejo psiquiátrico general (GPM; por sus siglas en inglés) y el manejo clínico estructurado (SCM; por sus siglas en inglés). Ambos procedimientos son

similares en cuanto a estructura, formación y principios generales, aunque la SCM es más similar en cuanto a técnicas a la MBT, dado que las técnicas generales utilizadas en el SCM se basan en principios psicodinámicos coherentes con la MBT (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins y Unruh, 2017).

El GPM se basa en un modelo de gestión de casos, en el que las intervenciones se centran en la vida del paciente fuera de la terapia, priorizando un funcionamiento vocacional estable y la mejora del funcionamiento social (Choi-Kain y cols., 2017). Se trata de citas individuales semanales, con contacto entre sesiones con el paciente, orientación para la intervención psicofarmacológica, terapia de grupo y terapia familiar. En un ensayo aleatorio en el que se comparaba el GPM con la DBT se observó que ambos grupos mejoraban significativamente en diversas variables típicas de TPL (McMain y cols., 2009).

Por su parte, el SCM consiste en un “consenso de expertos” en Inglaterra sobre qué prácticas generales funcionan mejor para tratar el TPL y se ha estudiado principalmente en el contexto de estudios controlados aleatorizados que evalúan la eficacia de la MBT de Bateman y Fonagy (2009), llegando a elaborar una guía para su uso (Bateman y Krawitz, 2013). El SCM proporciona un marco estructurado para abordar el tratamiento del TPL haciendo hincapié en la psicoeducación sobre el trastorno, consensuando objetivos, dando gran relevancia a la alianza terapéutica, en la resolución de problemas, incentivando la participación de la familia, con terapia grupal semanal abierta continuadamente para los pacientes y teniendo contacto entre sesiones, incluso por teléfono si es necesario. En el estudio controlado aleatorizado de Bateman y Fonagy (2009), los datos de comparación entre la MBT y SCM mostraron que ambos grupos mejoraron sustancialmente y que el grupo de MBT lo hizo más rápidamente y su efecto se prolongó más en el tiempo.

2.5.6. Conclusiones sobre el tratamiento del TPL

Teniendo en cuenta los datos respecto a las terapias especializadas previamente comentadas y estas aproximaciones más generalistas protocolizadas, y vistos los datos del último meta-análisis realizado sobre la eficacia de ambos tipos de tratamientos (Oud y cols., 2018) y la revisión Cochrane de Storebø y cols. (2020), sigue sin esclarecerse qué tipo de terapia es más eficaz para qué tipo de paciente (estudios de moderación), ya que se observan indicadores de que la diferencia de eficacia entre las psicoterapias especializadas y las protocolizadas es mínima para las personas con un TPL menos severo e hipotetizan que quizá un tratamiento psicológico protocolizado podría ser más viable y factible de implementar por parte de los equipos de salud comunitarios con casos de TPL menos complejo porque igualmente van a ser efectivos y dejar las psicoterapias especializadas únicamente para pacientes más graves (Oud y cols., 2018). En este sentido, es necesario realizar más estudios con este objetivo que arrojen luz a si existe una respuesta diferenciada al tipo de tratamiento en función del subtipo de TPL y en función del coste-efectividad, puesto que las terapias especializadas suelen ser de difícil acceso dado que no todos los profesionales de salud mental en los servicios públicos están formados para poder ejecutarlas y tendrían que poder costear la formación específica e implementación de los programas especializados en los servicios públicos de salud mental porque supondría reducir los costes a largo plazo de la sobreutilización de los servicios de salud que suelen hacer las personas con TPL más severo.

3. Subtipos del Trastorno de la Personalidad Límite

3.1. Introducción

Como hemos ido viendo a lo largo de este trabajo, el TPL es un trastorno grave y complejo. En la práctica clínica diaria se observan diferencias importantes entre los pacientes que reciben este diagnóstico. Si atendemos a los criterios del DSM-IV-TR (APA, 2000) y del DSM-5-TR (APA, 2022), los cuales proponen una combinación de al menos cinco síntomas de nueve posibles,

existen 256 formas de combinación de síntomas (Sanislow y cols., 2002), lo que refleja la enorme variabilidad en la presentación de síntomas de este trastorno. La gravedad y heterogeneidad de la sintomatología junto a la elevada comorbilidad con otros trastornos incrementan la complejidad del TPL y su tratamiento. Una línea de investigación en este trastorno propone que la heterogeneidad entre las personas que sufren TPL responde a patrones distintos que pueden agruparse en subtipos clínicamente significativos que representen retos terapéuticos específicos y diferenciados (p.ej., Leihener y cols., 2003; Zittel Conklin, Bradley y Westen, 2006, entre otros) con el fin de investigar si responden de forma diferente en función del tipo de terapia aplicada y mejorar así su eficacia.

Esta línea de investigación incardina con el análisis en profundidad que se ha llevado a cabo acerca de la clasificación y diagnóstico de los trastornos mentales, ya que se están revisando temas tan cruciales como la estructura organizativa de las clasificaciones, la diferenciación entre eje I y eje II o la superación del modelo categorial con el fin de incluir aspectos dimensionales. Finalmente, esto no se ha visto plasmado en el DSM-5 o el DSM-5-TR (APA, 2013; 2022) y habrá que esperar a posteriores ediciones para confirmar si se llega a producir un cambio profundo en el sistema de clasificación de los TPe. No obstante, y a pesar de que el DSM-5-TR continúa con el modelo categorial de clasificación, estos aspectos dimensionales están cobrando relevancia en la caracterización de los trastornos mentales en la práctica clínica y en las investigaciones científicas, como pueden ser las dimensiones internalizante vs externalizante, el afecto positivo o la inhibición comportamental (Brown y Barlow, 2009; Krueger, 2005; Widiger y Trull, 2007).

El estudio de los subtipos en TPL es una línea muy reciente desde un punto de vista empírico. Sin embargo, este tema ha estado presente en la literatura de un modo u otro ya desde los años 90. A continuación, vamos a comentar los diferentes estudios de subtipos en las últimas décadas con el fin de arrojar luz en esta línea de investigación.

3.2. Investigación sobre subtipos del Trastorno de la Personalidad

Límite

Los primeros estudios se remontan a principios de los años noventa, con Rusch (1992), o los estudios de Linehan (1993) o los de Russ (1993) en los que ya se comienza a hablar de subtipos de TPL en función de distintas variables como los propios **criterios de TPL** (Rusch, 1992), encontrando 4 subtipos: 1) altamente inestables, 2) con problemas de identidad, 3) severamente incapacitados y 4) indiferenciados; según **la relación con el terapeuta** (Linehan, 1993), observando que los pacientes pueden ser 1) adheridos o 2) mariposa; o la **presencia de dolor en las autolesiones** (Russ, 1993) dividiendo a los pacientes entre los que 1) lo sienten y 2) los que no. Como se puede observar, los escasos estudios que “hablaban de subtipos” no estaban dirigidos a dilucidar si existían diferentes clases de pacientes con unas características determinadas que hicieran que respondieran de forma distinta a los tratamientos que existían, puesto que justo en esa década comenzaban a implementarse los distintos tipos de tratamientos específicos del TPL. Solo en el trabajo de Linehan se describe que los pacientes “mariposa” se caracterizan por tener grandes dificultades para adherirse a la terapia (en este caso, DBT), acuden de forma intermitente, a menudo rompen los acuerdos y la terapia y/o la relación terapéutica no parece una prioridad para ellos. La terapia con ellos raramente se centra en la relación con el terapeuta a no ser que sea éste quien inicie la conversación a tal efecto. Suelen tener una o más relaciones principales (padres, pareja...) y las llamadas telefónicas suelen estar relacionadas con crisis en esas relaciones interpersonales y no con problemas de la relación con su terapeuta. La mayor parte de su energía va a sus relaciones interpersonales externas más que a la relación terapéutica y una vez su relación está segura o es estable, el paciente mariposa suele finalizar la terapia o simplemente dejar de asistir. Para Linehan (1993), uno de los problemas más importantes que interfieren dentro de la terapia con este tipo de pacientes es, precisamente, que no se implican en la relación con el terapeuta.

Por otro lado, los pacientes “adheridos” suelen establecer una relación intensa con el terapeuta casi de forma inmediata. Casi no se pierden ninguna sesión y suelen pedir o necesitar más sesiones, más frecuentes y también suelen

realizar más llamadas de teléfono al terapeuta entre sesión y sesión. Desde el principio de la terapia, los problemas de la relación terapéutica suelen ser el centro de la terapia en sí, siendo el terapeuta la persona principal de apoyo que tienen en muchas ocasiones o su relación interpersonal principal. Este tipo de pacientes casi nunca abandona la terapia y tienen grandes dificultades cuando su terapeuta se va de vacaciones y presentan temor a finalizar la terapia. El principal problema que interfiere en el tratamiento con este tipo de pacientes suele ser que no saben tolerar que su terapeuta no satisfaga sus necesidades.

En la década de los años 2000, empezaron a proliferar estudios de subtipos (Bradley y cols., 2005; Digre y cols., 2009; Hoerman y cols., 2005; Leihener y cols., 2003; Lenzenweger y cols., 2008; Ryan y Shean, 2007; Sanislow y cols., 2002; Shevlin, Dorahy, Adamson y Murphy, 2007; Whewell y cols., 2000). De forma general, estos estudios dividen los casos de TPL como internalizantes y externalizantes (Whewell y cols., 2000 o Bradley y cols., 2005 y Digre y cols., 2009) o entre autónomos y dependientes (Leihener y cols., 2003 y Ryan y Shean, 2007) o según los criterios del TPL (Sanislow y cols., 2002; Shevlin y cols., 2007 y Lenzenweger y cols., 2008).

De estos estudios, el equipo de Whewell y cols. (2000) menciona la necesidad de distintos tratamientos en función del subtipo de TPL. En este sentido, consideran que los subtipos “afectividad-externalizante puro” y el “indiferenciado” pueden beneficiarse de terapias más cortas focalizadas específicamente en el “estilo defensivo” que suelen presentar, tal y como se explica en su estudio, mientras que los subtipos “*calma internalizante y afectividad externalizante*” y el “*calma internalizante puro*”, al presentar miedo al abandono, pueden necesitar terapias más largas.

En esta misma línea, Zittel Conklin realizó un estudio en el que, tras la realización de los análisis estadísticos pertinentes obtuvo tres clusters bastante robustos: **1) los internalizantes desregulados; 2) los externalizantes desregulados y 3) los histriónicos impulsivos** (Zittel Conklin, 2002; Zittel Conklin y cols., 2006). Estos autores describen a los pacientes internalizantes desregulados como personas que experimentan intensos estados emocionales dolorosos y que hacen “esfuerzos desesperados” para manejarlos (por ejemplo,

mediante cortes o intentos de suicidio). Los pacientes externalizantes desregulados tienen estados emocionales también intensos y dolorosos, pero tienden a sentir rabia en lugar de tristeza y a intentar regular sus emociones culpando o atacando a los demás en lugar de a sí mismos mediante conductas autolesivas o intentos de suicidio. Por último, el grupo de pacientes histriónicos-impulsivos tienden a experimentar emociones positivas y negativas intensas y tratan de regular tanto el afecto positivo como el negativo mediante conductas impulsivas y de búsqueda de sensaciones.

En esta misma línea de resultados en cuanto a subtipos, Bradley y cols. (2005) realizaron un estudio con adolescentes (entre 14 y 18 años) y, tras los análisis estadísticos, hallaron 4 clusters: **1) internalizantes de alto funcionamiento; 2) histriónicos; 3) internalizantes depresivos y 4) irascibles externalizantes.**

Los Internalizantes de alto funcionamiento tienen tendencia a sentirse deprimidos, ansiosos y ser muy autocríticos. El subgrupo de Histriónicos, se observa tendencia a la impulsividad, a externalizar, a tener un estilo centrado en sí-mismos marcado por expresión teatral de las emociones, necesidad de ser el centro de atención, relaciones caóticas y provocación sexual. El subgrupo de Internalizantes Depresivos se caracterizan por desregulación emocional, disforia intensa, dificultad para establecer relaciones con los demás y expectativas de abuso. Y, por último, el subgrupo de Irascibles externalizantes, como el grupo de Histriónicos, tienen un estilo más impulsivo y externalizante, pero con una tendencia hostil, desafiante y agresiva. Los dos grupos internalizantes comparten la tendencia a sentirse deprimidos y desanimados y los externalizantes e histriónicos comparten la tendencia a la impulsividad y la externalización de sentimientos de enfado, intentos de manipular a otros y culpar al resto de sus problemas. Los autores con el fin de validar estas dos tendencias (Internalizante y Externalizante), las compararon con las dos escalas que reciben el mismo nombre del Child Behavior Check List (CBCL; Achenbach y Edelbrock, 1991) de síntomas conductuales para niños y adolescentes que había cumplimentado el clínico durante la evaluación. Los resultados del análisis de contraste utilizado muestran que para la escala Internalizante del CBCL, efectivamente el grupo con mayor puntuación fue el Internalizante depresivo

seguido del Internalizante de alto funcionamiento. Por su parte, para la escala externalizante del CBCL, el grupo con mayor puntuación fue el Irascible externalizante, seguido del Histriónico.

En esta misma línea, Digre y cols. (2009) llevaron a cabo otro estudio con el objetivo de estudiar si existían subtipos de TPL clínicamente significativos en función de su respuesta al tratamiento, el cual consistía en un programa de tratamiento residencial intensivo de 6 meses, con sesiones terapéuticas grupales y tres sesiones de terapia individual a la semana, con un máximo de ocho residentes a la vez en el programa. El programa de tratamiento era ecléctico y utilizaba aspectos de entrenamiento en habilidades de DBT, junto con un estilo de intervención predominantemente psicodinámico y relacional.

Tras los análisis se obtuvieron 3 clusters: **1. Retraídos internalizantes**, caracterizado por menos comorbilidad, atribuciones internas y menor búsqueda de apoyo social para afrontar los problemas; **2. Severamente perturbados-internalizantes**, caracterizados por múltiples trastornos del Eje I y Trastornos de Personalidad concurrentes (todos ellos presentaban Trastorno de Estrés Postraumático y abuso de sustancias), las mayores puntuaciones en Depresión y Disociación y hacer atribuciones autoculpabilizadoras al afrontar acontecimientos negativos, mayores niveles de gravedad clínica con mayor número de intentos de suicidio y episodios autolesivos; **3. Ansiosos-externalizantes**, caracterizados por buscar más apoyo social y hacer atribuciones externas ante sucesos negativos (muchos de ellos presentaban diagnósticos de Trastornos de Ansiedad).

Los resultados, respecto a su respuesta al tratamiento, revelaron que el subtipo retraído-internalizantes redujo significativamente la frecuencia y severidad de las experiencias disociativas. Por su parte, el subtipo ansioso-externalizante redujo significativamente su nivel de depresión, pasando de un nivel grave a leve. Por otro lado, el subtipo gravemente perturbado-internalizante no mostró mejora en ninguna de las medidas. En este sentido los autores hipotetizan que esto puede deberse bien a que el tratamiento fue ineficaz para este grupo (el más grave de la cohorte), o que la evaluación fue limitada y por eso no se observan los cambios significativos y la mejora general de la calidad de vida. En cuanto a los resultados del tratamiento para los intentos de suicidio y las autolesiones, se observó un efecto del tratamiento entre moderado y grande

para los intentos de suicidio, aunque este cambio no fue significativo cuando se analizó para cada subgrupo por separado. Para los autores este resultado fue inesperado dado el énfasis puesto en la disminución de este tipo de conductas en las intervenciones estructuradas para el trastorno que habían utilizado (p. ej, Bateman y Fonagy, 1999, 2001; Linehan, 1993; Linehan y cols., 2006; Low y cols., 2001; Stone, 2006). Los autores concluyen que es necesario llevar a cabo más investigaciones sobre la respuesta al tratamiento en subtipos de TPL, ya que ayudará a investigar en profundidad cómo la respuesta al tratamiento se relaciona con aspectos específicos de la intervención y, en última instancia, ayudar a que los componentes individuales del tratamiento sean más eficaces (Digre y cols., 2009).

Estos resultados apoyan la idea de que el TPL cuenta con subtipos que pueden diferenciarse a lo largo de la dimensión “Internalizante-externalizante”. De este modo, los autores ven paralelismo entre el cluster **2. Severamente perturbados-internalizantes** y el “Internalizantes desregulados” y el **3. Ansiosos-externalizantes** con el “externalizantes desregulados”, encontrados ambos por Zittel Conklin y cols. (2006).

Todos estos estudios apoyan la existencia de los subtipos internalizantes y externalizantes dentro del TPL.

Por otro lado, encontramos al grupo de Sanislow, que ha llevado a cabo diversos trabajos para analizar la estructura factorial del TPL (Sanislow, Grilo y McGlashan, 2000; Sanislow y cols., 2002), donde encontraron que aquellos pacientes de menor gravedad, aquellos que son ambulatorios, podrían ajustarse a un diagnóstico de TPL como constructo unitario, lo cual sería una solución más parsimoniosa (Sanislow y cols., 2002). No obstante, a medida que la severidad del diagnóstico va acrecentándose, parece cada vez más necesario tener claros los factores que componen este diagnóstico heterogéneo con el fin de dar respuesta a las necesidades de tratamiento y analizar si algunos son más subsidiarios de tratamiento que otros. Se realizó un análisis factorial confirmatorio incluyendo los 240 sujetos de la muestra y primero probaron un solo factor (el diagnóstico de TPL en sí mismo como constructo) y otro modelo de 3 factores: **1) “Relaciones distorsionadas”**, compuesto por relaciones inestables, distorsión de la identidad, sentimientos crónicos de vacío e ideación

paranoide relacionada con estrés; **2) “Desregulación conductual”**, constituido por impulsividad y conductas suicidas y automutilantes. Y, por último, el factor **3) “Desregulación afectiva”**, el cual se constituía por la inestabilidad afectiva, ira inapropiada y evitación del abandono. Ambos modelos se ajustaban estadísticamente de forma apropiada, pero el modelo de 3 factores se ajustaba mejor (índice normativo de ajuste = 0,951, índice comparativo de ajuste = 0,963 y error de aproximación = 0,067). Los autores consideran que ambos modelos (el unitario y el de 3 factores) no tienen por qué ser excluyentes entre sí, sino que uno puede reflejar la confirmación nosológica del diagnóstico de TPL en sí mismo y el de 3 factores, puede reflejar la complejidad del diagnóstico.

Por su parte, Leihener y cols. (2003) llevaron a cabo otro estudio en el que hallaron dos subtipos que seguían los encontrados en los estudios de Linehan (1993): **autónomos y dependientes**. Leihener y cols. (2003) consideran que los subtipos obtenidos en este estudio son semejantes a los denominados como “Mariposa” y “Adheridos” respectivamente obtenidos por Linehan (1993) y si se tienen en cuenta las diferencias entre unos y otros en la terapia, se puede aumentar la eficacia de la misma. Es decir, consideran que es necesario tener en cuenta las características de cada subtipo para mejorar la eficacia de la terapia.

En esta misma línea, Ryan y Shean (2007) quisieron comprobar que los subtipos obtenidos por Linehan (1993) y replicados por Leihener (2003) también podían encontrarse en población subclínica y realizaron análisis de clusters jerarquizados y hallaron 2: **1) autónomos y 2) dependientes**. El grupo de “autónomos” se caracterizaba por ser dominantes, controladores, demasiado asertivos, egocéntricos, vengativos y emocionalmente distantes. Los “dependientes” se caracterizaban por ser demasiado complacientes, sumisos, tener poca influencia sobre los demás, dificultad al transmitir necesidades a otros y baja confianza en sí mismos. Estos datos confirman los mismos resultados obtenidos por Leihener (2003) con población clínica adulta, lo cual parece indicar que no son características categóricas, sino que se presentan como dimensiones separadas de problemas interpersonales que se dan tanto en población clínica como no clínica.

Por otro lado, Hoermann, Clarkin, Hull y Levy (2005) llevaron a cabo un estudio el fin de investigar si podían definir subtipos en función del Constructo de “Esfuerzo de Control” y si este influía en que tuvieran mayores o menores problemas a nivel de sintomatología, interpersonal y de organización. Tras los análisis estadísticos pertinentes, los resultados mostraban que se podían diferenciar tres niveles de patología: **1) alto esfuerzo de control**, que mostraba bajo nivel de ansiedad, psicoticismo y alienación y niveles medios de “identidad difusa” y “defensas primitivas”; **2) alto control de activación**, pero bajo control de inhibición y atencional, mostraban bajo nivel de ansiedad, moderado psicoticismo, bajos niveles de alienación y de identidad difusa y de defensas primitivas; y **3) bajo esfuerzo de control**, que mostraba alta ansiedad y psicoticismo, alta alienación y alta “identidad difusa” y “defensas primitivas”.

En otro estudio llevado a cabo por Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg y Levy (2008), tras realizar los análisis estadísticos pertinentes obtuvieron 3 subtipos basándose en el modelo teórico de Kernberg (1984; Kernberg y Caliborg, 2005): **el Grupo 1 (no agresivo; no paranoide; no antisocial)** y caracterizado por tener menos afecto negativo, menos historia de abusos en la infancia y mejor funcionamiento social/laboral; **el Grupo 2 (paranoide; no agresivo; no antisocial)** son paranoides, no agresivos y tienden más a la cohesión social y señalan mayor nivel de abusos en la infancia; y **el Grupo 3 (agresivo; antisocial; no paranoide)** manifiestan no controlar su conducta, lo cual resulta en agresiones.

Finalmente, en estos últimos 12 años, los estudios han seguido investigando sobre subtipos del TPL intentando confirmar los datos ya hallados en la primera década del siglo, algunos encontrando evidencias que apoyan la existencia de los subtipos “internalizantes y externalizantes”; otros los “autónomos y dependientes” y otros centrándose más en diferentes subtipos en función de las características clínicas del TPL y su gravedad.

En este sentido, encontramos el trabajo de Lewis, Caputi y Grenyer (2012), que realizaron un estudio en el que hallaron tres factores: **1) Desregulación emocional**, caracterizado por la inestabilidad emocional, ira intensa inapropiada e impulsividad; **2) Sensibilidad al rechazo**, que se

caracteriza por conductas suicidas y autolesivas, esfuerzos para evitar el abandono y sentimientos de vacío y **3) Fallo de mentalización**, que se caracteriza por paranoia, problemas de identidad y correlación negativa con relaciones inestables.

Sin embargo, en el estudio llevado a cabo por el equipo de Sleuwaegen y cols., (2017) se estudió la existencia de subtipos en función de la Teoría de la Sensibilidad al refuerzo de Gray (1982), que establece que la reactividad de una persona depende de dos sistemas que controlan la actividad conductual: el Sistema de Inhibición Conductual (“BIS” por sus siglas en inglés) y el Sistema de Activación Conductual (“BAS” por sus siglas en inglés). EL BIS se relaciona con la sensibilidad al castigo, la conducta evitativa y se encuentra en la base de la ansiedad. El BAS se relaciona, en cambio, con el refuerzo, la conducta de aproximación y se encuentra en la base de la impulsividad y se ha encontrado que personas con TPL obtienen alta puntuación tanto en el BIS como en el BAS (Bijttebier, Beck, Claes y Vanderycken, 2009). Por otro lado, para poder regular estos dos sistemas, la persona realiza un Esfuerzo de Control para modular esa reactividad (Nigg, 2006) ya que consiste en una forma de autocontrol conductual y atencional (Claes, Vertommen, Smits y Bijttebier, 2009). Realizaron Análisis de Clusters de 2 pasos con el fin de comprobar si podían encontrar subgrupos en función de la reactividad de las personas y la regulación de su conducta y obtuvieron 4 clusters: **1) Baja Ansiedad** que se caracterizaba por una baja sensibilidad al castigo y bajo nivel de evitación y unas puntuaciones medias en conducta de aproximación y de esfuerzo de control; **2) Desinhibido**, que se caracterizaba por una baja puntuación en conductas de aproximación y puntuaciones moderadamente altas de inhibición conductual y de esfuerzo de control; **3) Alto Autocontrol** que obtuvo puntuaciones altas en la escala de esfuerzo de control y moderadamente altas en las escalas de inhibición conductual y de conductas de aproximación y **4) Emocional/Desinhibido** que estaba caracterizado por altas puntuaciones en conductas de inhibición y de aproximación y bajas puntuaciones en esfuerzo de control. No hubo diferencias significativas entre los cuatro clusters en cuanto a género, edad, nivel educativo, ni uso de medicación.

Adicionalmente, este equipo investigó si existían diferencias en la respuesta a un programa de tratamiento de DBT internados durante 3 meses en

función de estos subtipos y los obtuvieron mejoría clínicamente significativa en los 3 subtipos sin diferencias significativas entre ellos (Sleuwagen y cols., 2018).

Por su parte, en el estudio de Smits y cols. (2017), se llevó otra investigación acerca de subtipos en el que realizaron análisis y obtuvieron 3 clusters: **1) núcleo de TPL** se caracterizaba por tener los mayores niveles relativos de características del TPL en comparación con los otros 2 clusters; **2) extravertido/externalizante**, caracterizado por tener una actitud orientada hacia fuera y externalizante y dadas sus puntuaciones en las dimensiones narcisista, antisocial e histriónicas; **3) esquizotípico/paranoide**, dadas su tendencia a aislarse y desconfianza hacia los demás. En general, estos autores concluyen que es importante tener en cuenta una dimensión “internalizante-externalizante” para entender la heterogeneidad del TPL, cosa que también otros autores han descrito en sus propias investigaciones (Caligor y Clarkin, 2010; Kernberg y Caligor, 2005). A este respecto, el equipo de Smits (2017) sugiere que a partir de los resultados obtenidos en su estudio se puede categorizar fácilmente a los pacientes con TPL en contextos clínicos y de investigación en función de su perfil clínico y de comorbilidad y que el siguiente paso sería utilizarlo en futuras investigaciones con el fin de comprobar la robustez de los subgrupos, analizar el resultado de los tratamientos en función de cada cluster y la etiología del TPL. Dado que ya se ha evidenciado la eficacia de algunos tratamientos para los pacientes con las características típicas del TPL incluidas en el cluster de “núcleo de TPL” (Bateman y Fonagy, 2008; Bernstein, Arntz, y de Vos, 2007; Diamond y cols., 2013), los autores sugieren que sería necesario realizar adaptaciones de éstos con el fin de intentar cubrir las necesidades específicas de los otros dos clusters (el “extravertido-externalizante” y el “esquizotípico/paranoide”).

Algunos estudios (Fossati y cols., 1999; Smits y cols., 2017) sugieren que las futuras investigaciones deberían utilizar las posibles dimensiones subyacentes en vez de los datos basados en clasificaciones, dado que esto podría ayudar a comprender qué dimensiones son las que pueden diferenciar subtipos de TPL. Y en este sentido, Frías y cols. (2017) realizaron un estudio con 100 pacientes diagnosticados de TPL utilizando las dimensiones de personalidad del NEO-PI-R (Costa y McCrae, 1985; Sanz y García, 2009) y tras los análisis

de clusters pertinentes, hallaron 4 subtipos: **1) Hostiles**, que se caracterizaban por las puntuaciones más bajas en la escala de amabilidad, las más altas en hostilidad y los que menos acudían a las sesiones de tratamiento; **2) Autosuficientes**, que se caracterizaban por tener las puntuaciones más bajas en sintomatología internalizante y las más altas en sobrevigilancia e inhibición; **3) Dependientes**, que se caracterizaban por tener las puntuaciones más altas en deterioro de su autonomía, ideación suicida y comorbilidad con trastornos por uso de sustancias y **4) Suspicious**, que se caracterizaron por obtener puntuaciones más altas en la mayoría de las dimensiones de la personalidad que el segundo subgrupo, pero con la mayor gravedad de sintomatología de tipo psicótico y las puntuaciones más altas en desconexión/rechazo.

En cuanto al tratamiento, los autores discuten el tipo de terapia que quizá sería más eficaz en función de las características de cada subtipo. Así, consideran que el grupo de **Hostiles** se beneficiaría más de una terapia inicialmente individual (para evitar situaciones agresivas con otros pacientes TPL) con técnicas concretas de tratamientos específicos como la MBT o la TFT con el fin de conseguir un nivel más alto de empatía (Dammann y cols., 2016; Goldman y Gregory, 2010 en Frías y cols., 2017) y quizá el uso de antiepilépticos puede ayudar a reducir el nivel de agresividad (Benjaminsen, 2014 en Frías y cols., 2017). El grupo de **Autosuficientes** al presentar niveles de neuroticismo más bajo (tanto de estado como de rasgo), ser más individualistas y autónomos, tienden a minimizar su aflicción y no expresar sus emociones y vulnerabilidades personales como parte del proceso psicoterapéutico y, por estos motivos, consideran que podrían beneficiarse más de la DBT para que aprendieran a expresar sus emociones sin autocrítica. Por su parte, el grupo de **dependientes** se beneficiaría más de una terapia estructurada como STEPPS por su alto grado de necesidad de los demás dado que promueven un rol más activo por parte del paciente. Y, por último, el grupo de **suspicious** también se beneficiarían de una terapia individual (dada su tendencia a sospechar de los demás) con base cognitiva, como la TFT, con el fin de aumentar su sensación de control en el proceso de terapia y psicofármacos (como los antipsicóticos atípicos) y otros para manejar la hipersensibilidad a la amenaza social (Benjaminsen, 2014; Bertsch y cols., 2013).

De hecho, y también en este mismo sentido, Shevlin y cols. (2007) llevaron a cabo un estudio con una muestra de 8.383 personas a través de una encuesta realizada a nivel nacional en Gran Bretaña (la *Second National Survey of Psychiatric Morbidity in Great Britain*, 2000) con el objetivo de determinar el número y la naturaleza de síntomas de TPL en población general evaluados a través de la SCID-II. Una vez realizados los análisis, se obtuvo una solución de 4 clases o grupos: **1. Alta probabilidad** (N=382; 4'6%) caracterizada por tener una alta probabilidad de cumplir con todos los criterios de TPL. **2. Moderada probabilidad** (N=800; 9'5%) caracterizada por tener altas puntuaciones en relaciones inestables/intensas, inestabilidad afectiva y sentimientos crónicos de vacío. **3. Baja probabilidad** (N=1613; 19'2%) igual que la Moderada, pero con la diferencia de obtener bajas puntuaciones en relaciones inestables/intensas, inestabilidad afectiva y sentimientos crónicos de vacío. **4. Línea base o "normativa"** (N= 5.586; 66%), en la que se agrupaban aquellas personas que no cumplían ninguno de los criterios a excepción de "impulsividad". Los autores señalan que tener algunas experiencias "límite" es relativamente común, como impulsividad (44'3%), evitar el abandono (21'5%) y tener relaciones intensas e inestables (20'5%). Los sujetos de la clase 1 exhibían un patrón de síntomas severos típicos del diagnóstico de TPL y mayor comorbilidad con otros trastornos. El tamaño de esta clase (4'3%) indica que en la comunidad es más común tener este patrón de experiencias que lo que indica la prevalencia de TPL en la población normal (0'7- 2%; Coid, 2003) o bien que los clínicos se muestran reticentes a diagnosticar TPL (Hillman, Stricker y Zweig, 1997) o que las entrevistas semiestructuradas pueden estar sobreestimando el diagnóstico de TPL (Zimmerman y Mattia, 1999). Los resultados de los análisis indican que el TPL no es una entidad categorial, sino que se da en un continuo en función de la severidad de los síntomas. Los autores señalan que parece más probable que los grupos con baja y moderada probabilidad varíen en su respuesta al tratamiento en comparación con el grupo de alta probabilidad, con síntomas mucho más severos y que mezclar los 3 grupos en los estudios va en detrimento de la claridad de los resultados.

En resumen, tal y como señalan Lewis y cols. (2012), es necesario continuar con la investigación en esta línea y así poder llegar a consensos, ya que como se puede observar, los diversos estudios llevados a cabo sobre subtipos de TPL tienen unas características propias y distintas que hacen que no se puedan comparar los resultados entre ellos y hace falta más investigación para poder replicar los resultados obtenidos. No obstante, la observación clínica en centros especializados sí parece apoyar lo indicado por Shevlin y cols., (2007) en cuanto a la severidad de la sintomatología, ya que parece indicar que es conveniente separar a las pacientes con TPL en función de los años de desarrollo del trastorno y de la gravedad de la sintomatología (Guillén-Botella, García-Palacios, Bolo-Miñana, Baños, Botella y Marco, 2021), a pesar de que no tengamos literatura científica al respecto.

En la Tabla 20 se muestra una relación de los estudios comentados en este trabajo con el fin de resumir las características más importantes de cada uno. Se observa claramente una tendencia a dividir los subtipos de TPL o bien entre Internalizantes y Externalizantes o bien entre Autónomos y Dependientes. Estas dos líneas son las que parecen tener mayor apoyo por parte de la comunidad científica.

Tabla 20. Resumen estudios sobre subtipos

| 1r Autor (año) | N | Diagnostico | Instrumentos | Variables/criterio | Terapia | Análisis realizados | Resultados | Subtipos |
|-----------------|-----|--------------------------------|---|--|--------------------------------|---|--|---|
| Rusch (1992) | 89 | Interjueces / comorbilidad | DSM-III-R Listado de síntomas (Ausencia-Presencia 0-3) | Criterios TPL DSM-III-R | | Análisis De clústers jerarquizados y An. Factores principales | 4 grupos en función de: Volatibilidad, Impredecibilidad, autodestrucción; problemas de identidad, miedo abandono | 1. Altamente inestable 2. Problemas Identidad 3. Severamente incapacitado 4. Indiferenciado |
| Linehan (1993) | | | | Relación con terapeuta | DBT | | | Adheridos Vs Mariposa |
| Russ (1993) | 27 | Interjueces /comorbilidad | SCID-II | Presencia/Ausencia de dolor en autolesiones | | Multivariado de varianza y Análisis Discriminante stepwise | Sol de 3 variables: Búsqueda sensaciones Intentos suicidios Escala experiencias Disociativas | Dolor No dolor |
| Wheewell (2000) | 288 | Instrumento +juicio clínico | Screening Test for Comorbid Personality Disorders (STCPD) (criterios DSM-III-R) | Criterios TPL DSM-III-R | Psicoanalítica | Componentes ppales rotación varimax sb el STCPD | 2 grupos | 1: calma Internalizante: conducta impulsiva/adictiva+ conducta suicida/autolesiva +miedo abandono 2: humor-externalizante: inestabilidad. Afecto + Ira/violencia |
| Sanislow (2002) | 668 | SCID-II Fiabilidad interjueces | Criterios DSM-IV | Criterios TPL DSM-IV | | Análisis Confirmatorio | 3 grupos | 1. Inestab. Relaciones 2. Desreg. Conductual 3. Desreg. Afectiva |
| Leihener (2003) | 95 | SCID-II; DIB-R+ clínico+ | Criterios DSM-IV IPP-II | Inventory of Interpersonal Problems (IPP-II) para ver subtipos | DBT eval. en la smna 1 tto y 4 | Análisis de Clusters jerarquizados | 2 grupos | 1. Autónomos 2. Dependientes |

| | | comorbilidad ad SCID-I | | | meses después | | | |
|-----------------------|----|---------------------------|---|---|----------------------------------|--|----------|--|
| Hoermann (2005) | 47 | DSM-IV | SCID-I y el IPDE BSI ATQ | Esfuerzo de Control | | Análisis | 3 grupos | 1. Alto autocontrol 2. Medio autocontrol 3. Bajo autocontrol |
| Bradley (2005) | 81 | DSM-IV | SWAP-200-A CBCL (adolescentes) | Ítems del SWAP- 200-A | ----- | Análisis Factoriales Q. AN. Componentes ppales Análisis Contraste: comparar grupos | 4 grupos | 1. Internalizante-alta ejecución 2. Internalizante-depresivo 3. histriónico 4. Irascible-externalizante |
| Ryan (2007) | 49 | DSrM-IV- TR | PDQ-4 PAI-BOR, IIP | Ítems del IPP-II | ----- | Análisis Clusters jerarquizados Distancia Euclidea Procedm. WARD | 2 grupos | 1. Autónomos 2. Dependientes |
| Shevlin (2007) | 83 | DSM-IV | SCID-II | Probabilidad de cumplir criterios SCID-II | ----- | Análisis Clases Latentes | 4 grupos | 1. Alta probabilidad 2. Moderada probabilidad 3. Baja probabilidad 4. Normativa |
| Lenzenweger (2008) | 90 | DSM | SCID I, IPDE e IPO | Ítems IPDE e IPO simultáneamente (modelo Teórico Kernberg) | | Modelado mezclas finitas | 3 grupos | 1. No agresivo, no paranoide y no antisocial 2. No agresivo, sí paranoide y no antisocial 3. Agresivo, no paranoide y sí antisocial |
| Digre (2009) | 77 | DSM-IV | SCID-I y II Internal Personal and Situational Attribution Questionnaire | Respuesta al tratamiento | DBT+ inter. psicodinami ca | Analálisis Clusters 2 steps | 3 grupos | 1. Retraídos internalizantes 2. Severamente perturbados- internalizantes 3. Ansiosos-externalizantes |

| | | | | | | | | |
|-------------------------|-----|-----------|--|---------------------------|----------------------|--|----------|---|
| Lewis (2012) | 95 | DSM-IV | SCID I y II | Criterios TPL DSM-IV | | Análisis Componentes Principales | 3 grupos | 1. Desregulación del afecto 2. Sensibilización al rechazo 3. Fallo de mentalización |
| Wright (2013) | 255 | DSM-III-R | IIP-C y BSI | Problemas interpersonales | | Análisis clases latentes. 2 fases | 6 grupos | 1. No asertivos 2. Vengativo 3. Evitativo 4. Moderadamente explotable 5. Intrusi 6. Severamente explotable |
| Sleuwaegen (2016, 2018) | 150 | DSM-5 | SCID-II BIS-BAS ATQ | Reactividad y regulación | DBT 3 meses internos | Análisis Clusters 2 steps | 4 grupos | 1. Baja Ansiedad 2. Inhibidos 3. Alto autocontrol 4. Emocionales/desinhibidos |
| Smits (2017) | 187 | DSM-IV | SCID-I y II PAI-BOR BSI IIP EuroQol EQ-5D-3 SIPP, ECR y CTQ | Ítems SCID-II | MBT | Análisis Clusters 2 fases (jerarquizados y medias K) | 3 grupos | 1. Núcleo TPL 2. Extravertido/externalizante 3. Esquizotípico/paranoide |
| Frias (2017) | 100 | DSM-IV | SCID- I y II NEO-PI-R | Dimensiones NEO-PI-R | | Análisis Clusters 2 fases (jerarquizados y medias K) y MANOVA. | 4 grupos | 1. Hostiles 2. Auto-suficientes 3. Dependientes 4. Suspícales |

Estudios sombreados de color gris: dividen subtipos en internalizantes y externalizantes en mayor medida.

Estudios sombreados de color lavanda: dividen subtipos en autónomos y dependientes en mayor medida.

Abreviaturas: ATQ: Automatic thoughts questionnaire; BIS: behavioral inhibitory system; BAS: behavioral activation system; BSI: brief symptom inventory; CBCL: child behavior checklist; CTQ: childhood trauma questionnaire; DSM: diagnostic statistical Manual; DBT: dialectical-behavioral Therapy; ECR: experiences in close relationships questionnaire; EuroQol: european quality of life scale; IIP: inventory of interpersonal problems; IPDE: international personality disorders examination; IPO: inventory of personality organization; MBT: mentalization-based therapy; PAI-BOR: Personality Assessment Inventory for Borderline; PDQ: personality disorders questionnaire; SCID: structured clinical interview for DSM; STCPD: Screening Test for Comorbid Per-sonality Disorders; SIPP: severity index for severity problems; SWAP: Shedler–Westen Assessment Procedure for Adolescents.

A continuación, pasamos a describir la parte experimental de este trabajo. Comenzaremos con los objetivos e hipótesis planteadas, la metodología y procedimiento, el diseño experimental y los instrumentos utilizados para después pasar a describir los análisis utilizados, los resultados obtenidos y finalmente la discusión y conclusiones.

1. Objetivos e hipótesis

1.1. Objetivo general y específicos

El objetivo general consiste en avanzar en la investigación dentro del área de subtipos del TPL con el fin de que las personas que presentan este trastorno obtengan el tratamiento más adecuado en función del subtipo del trastorno que presenten.

Los objetivos específicos que perseguimos son los siguientes:

O1. Explorar la existencia de diferentes grupos de pacientes con TPL mediante un **Análisis de Clusters** usando variables emocionales, cognitivas y conductuales.

O2. Explorar si los grupos hallados responden de forma distinta al tratamiento.

1.2. Hipótesis

H1. Teniendo en cuenta la literatura revisada, tras realizar los análisis pertinentes encontraremos entre dos y un máximo de cuatro grupos de pacientes: de más grave, es decir, con más intentos de suicidio, mayor número de conductas autolesivas, más ingresos hospitalarios, más experiencias disociativas, mayor impulsividad, peor afecto positivo, mayor afecto negativo y más episodios de ira, a más leve, es decir, con menos intentos de suicidio, menor número de conductas autolesivas, menos ingresos hospitalarios, menos experiencias disociativas, menor impulsividad, mejor afecto positivo, menor afecto negativo y menos episodios de ira.

H2. Tras realizar los análisis estadísticos pertinentes hallaremos que los grupos responden de forma diferente al tratamiento, mostrando el

grupo más grave obtiene un nivel mayor de mejoría en comparación con el grupo de pacientes más leve, que no mostrarán una mejoría tan significativa.

2. Metodología y procedimiento

2.1. Muestra

Para este estudio la muestra estuvo compuesta por 107 pacientes que acudieron voluntariamente a solicitar ayuda psicológica al Centro Clínico Previ, centro privado de reconocido prestigio en la Comunidad Valenciana, considerado centro de referencia para la investigación y tratamiento de los Trastornos de Personalidad. Cuenta con diversos dispositivos diurnos, ambulatorios y de atención continuada, sitios en Castellón, Valencia y Alicante.

Los criterios de inclusión para poder participar en el estudio son los que siguen a continuación:

1. Cumplimentar el consentimiento informado.
2. Ser mayor de 16 años.
3. Cumplir con los criterios para para el Trastorno Límite de la Personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2000), puesto que en el momento de la evaluación se utilizaba una entrevista de acuerdo a este manual diagnóstico en el centro clínico.

Los criterios de exclusión del estudio son los que siguen a continuación:

1. Presentar una enfermedad orgánica que pudiera influir en el tratamiento psicológico.
2. Contar con un diagnóstico de Abuso o Dependencia de Alcohol o de otras sustancias con tratamiento específico.
3. Contar con un diagnóstico de Trastorno Psicótico o Trastorno Bipolar I

De los 107 participantes, todas eran mujeres (100% de la muestra), y contaban con una edad media de 27,52 años (DT=8,83). El resto de datos sociodemográficos más importantes se puede observar en la siguiente tabla 21.

Tabla 21. Estadísticos descriptivos

| VARIABLES | N | % |
|---|----------|----------|
| Sexo Femenino | 107 | 100 |
| Estado civil | | |
| Soltera | 73 | 70,45 |
| Pareja | 6 | 6,05 |
| Casada | 11 | 11,35 |
| Divorciada | 13 | 12,1 |
| Nivel de estudios | | |
| Sin estudios | 3 | 2,8 |
| Primarios | 25 | 8,9 |
| Medios | 53 | 52,75 |
| Superiores | 23 | 22,1 |
| Tipo de trabajo | | |
| Estudiante | 31 | 43,8 |
| Trabajadora no cualificada | 7 | 7,9 |
| Trabajadora cualificada | 11 | 11,05 |
| Desempleada | 9 | 14,15 |
| Ama de casa | 6 | 7,2 |
| Incapacidad laboral | 4 | 7,05 |
| Baja laboral | 5 | 10,4 |
| Trastornos de Eje II | | |
| Trastorno Límite de Personalidad | 107 | 100 |
| Uso de Tóxicos | | |
| Si | 48 | 57,5 |
| No | 41 | 37,35 |
| Tratamiento farmacológico | | |
| Medicación prescrita | 86 | 87,6 |
| No medicación | 11 | 12,4 |
| Tratamientos psicológicos anteriores | | |
| Con tratamientos previos | 69 | 76 |
| Sin tratamientos previos | 23 | 24 |

Nota: N: número de participantes; %: porcentaje.

2.2. Diseño experimental

El presente trabajo es un estudio controlado no aleatorizado en el que se llevó a cabo un diseño entre sujetos, en el que se realizó una evaluación pre y postratamiento, con una intervención intermedia de 6 meses de duración mediante Terapia Dialéctico Conductual DBT o el tratamiento habitual (TAU). La primera de las condiciones (DBT) consistía en la implementación del programa de Terapia Dialéctico-Comportamental (Linehan, 1993), mientras que la segunda consistía en la aplicación del tratamiento habitual que reciben en su dispositivo de salud mental (TAU).

A todas las participantes se las asignó a una de las dos condiciones experimentales teniendo en cuenta los criterios internos de funcionamiento del

centro:

1. Carga asistencial del terapeuta encargado de cada condición
2. Dispositivo de Previ al que acudían: ambulatorio, diurno o continuado.

Se fue equiparando la muestra de los diferentes dispositivos para cada condición experimental.

2.3. Instrumentos

A continuación, pasamos a describir los diferentes instrumentos utilizados para la evaluación de la muestra. Primero explicaremos la entrevista utilizada y, posteriormente, los instrumentos autoaplicados.

2.3.1. Entrevistas diagnósticas

Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1997). (Anexo 1).

Se trata de una entrevista semi-estructurada que evalúa la presencia de trastornos de personalidad según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV (APA, 1994, 2000) según el juicio clínico del profesional, por lo que es recomendable que la aplique alguien con experiencia y con un entrenamiento previo. Cada pregunta hace referencia a un criterio y el paciente ha de poner ejemplos de su vida cotidiana para que el clínico decida si la persona cumple con el criterio porque está presente, está ausente o por debajo del corte. Se dictamina que el diagnóstico está presente cuando tres o más de los criterios están presentes. Este instrumento es uno de los más utilizados y cuenta con una buena consistencia interna (de ,90 a ,98) y buena fiabilidad (de ,48 a ,98).

2.3.2. Medidas clínicas de autoinforme

- Inventario de información clínica relevante (Anexo 2).

Este instrumento se diseñó *ad hoc* para recoger la información más relevante del estado clínico de las pacientes:

1) Información demográfica de la muestra (p.ej. edad, sexo, ocupación, nivel de estudios y estado civil)

2) El diagnóstico (según sistema DSM-IV), con el antiguo sistema multiaxial: trastornos clínicos y/u otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica (eje I); trastornos de personalidad y/o retraso mental (eje II); existencia de enfermedades médicas (eje III); problemas psicosociales y ambientales (eje IV); y, por último, la Escala de la Evaluación de la Actividad Global del Sujeto (EEAG, DSM-IV, APA, 2000), que es el eje V.

3) Aspectos relevantes del paciente: antecedentes familiares y aspectos relacionados relevantes en el estado clínico del paciente. tratamiento farmacológico actual; tratamientos psicológicos anteriores; frecuencia y uso de tóxicos; número de ingresos hospitalarios en los últimos seis meses; número de intentos de suicidio en los últimos seis meses; número de conductas autolesivas en los últimos seis meses; conductas impulsivas en la última semana. Adicionalmente, el clínico evalúa la gravedad del trastorno en un rango que oscila entre 0 y 10, donde 0=*sin síntomas* y 10=*muy grave*. Y, por último, en el apartado de observaciones se puede incluir aspectos que el clínico considere relevante y que no se hayan descrito previamente.

1. Inventario para la Depresión de Beck Segunda Edición (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003). (Anexo 3).

Este instrumento evalúa la gravedad e intensidad de los síntomas característicos de la depresión y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad en el momento presente y la semana previa. Consta de 21 ítems, de los que 15 hacen referencia a síntomas psicológico-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somático-vegetativos. Cuenta con una consistencia interna de .87 y de .89 en sendos estudios en población española (Sanz, et al., 2003).

2. Escala de Afecto Positivo y Negativo (*Positive and Negative Affect Scale*, PANAS; Watson, Clark y Tellegen, 1988; Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999). (Anexo 4).

Este instrumento evalúa el afecto positivo y negativo de la persona mediante 10 adjetivos para el *afecto positivo* y otros 10 para el *afecto negativo* que describen sentimientos y estados emocionales (Watson y cols., 1988). La persona ha de contestar cómo se suele sentir habitualmente según una escala tipo Likert de 5 puntos donde 1= *nada o casi nada* y 5= *muchísimo*, obteniendo de este modo una puntuación de la subescala de afecto positivo y otra puntuación de afecto negativo. Este instrumento ha demostrado alta consistencia interna en mujeres (0.89 para la subescala de afecto positivo y 0.91 para la de afecto negativo), y en hombres (0.87 para afecto positivo y 0.89 para afecto negativo) en el estudio de Sandín y cols. (1999) y otros estudios (Watson y cols., 1988; Melvin y Molloy, 2000).

3. Cuestionario de Regulación Emocional (*Emotion Regulation Questionnaire*; ERQ; Gross y John, 2003; Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013) (Anexo 5).

Este instrumento evalúa la capacidad de regulación emocional de la persona y está compuesto por dos subescalas: 1) *supresión*, compuesta por 4 ítems en el que se pregunta el grado en que tienden a inhibir la expresión de sus emociones con ítems como “*controlo mis emociones no expresándolas*” o “*guardo mis emociones para mí mismo*” y 2) *reevaluación*, que consta de 6 ítems, y evalúa el grado con el que la persona intenta pensar interpretar las situaciones de forma diferente para cambiar lo que está sintiendo con ítems como “*controlo mis emociones cambiando mi forma de pensar acerca de la situación en la que estoy*” o “*cuando me enfrento a una situación estresante, intento pensar sobre esa situación de una forma que me ayude a mantener la calma*”. Las respuestas se realizan en una escala tipo Likert donde 1= *totalmente en desacuerdo* y 7= *totalmente de acuerdo*. La escala obtuvo una consistencia interna de .79 en la escala de reevaluación y .73 en la escala de supresión, además de una puntuación de .79 en el test-retest de ambas escalas. Este instrumento ha demostrado una buena validez convergente y discriminante cuando se compara

con otras medidas como personalidad, rumiación y estrategias de afrontamiento (Gross y John, 2003).

4. Escala General de Autoeficacia (EGA; Sherer y cols., 1982; adaptada al castellano por Bäßler y Schwarzer, 1996 y validada por Sanjuán-Suárez, Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2000). (Anexo 6).

Este instrumento evalúa las habilidades de la persona para manejar situaciones determinadas. Consta de 30 ítems que evalúan la autoeficacia con dos subescalas: una general y otra social. La escala de autoeficacia general consta de 12 ítems en los que el sujeto describe cómo maneja situaciones relacionadas concretas relacionadas con tareas personales; en la subescala de autoeficacia social de 18 ítems la persona describe cómo se maneja en determinadas situaciones sociales. En ambas escalas el sujeto debe indicar el grado de acuerdo de la frase que le describe o caracteriza según una escala que oscila entre 0=*nunca me ocurre* a 5=*siempre me ocurre*. Los propios autores de la escala indican que la subescala de autoeficacia general obtiene una consistencia interna de .86 y de .71 la de autoeficacia social y una buena validez convergente (Sherer y cols., 1982).

5. Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo (STAXI-2; Spielberger, 1996; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1999; 2001). (Anexo 7).

Este instrumento evalúa la experiencia y expresión de la ira donde la persona evalúa cómo se siente normalmente en función de una escala tipo Likert que oscila entre 1=*no, en absoluto* y 4=*mucho*. La escala *rasgo de la ira* consta de 10 ítems que miden la frecuencia con la que la persona experimenta ira a lo largo del tiempo. La escala *estado de la ira* está compuesta por 15 ítems que evalúa la intensidad del sentimiento de ira y el grado en que el sujeto siente que está expresando su ira en el momento que cumplimenta la escala. Adicionalmente, el STAXI contiene cuatro escalas de *expresión y control de la ira*, compuestas por 8 ítems cada una: 1) *expresión externa de ira*, que mide la frecuencia con que la persona expresa los sentimientos de ira verbalmente o mediante conductas físicas agresivas; 2) *expresión interna de ira*, que mide la frecuencia con la que se suprimen los sentimientos de ira; 3) *control externo de*

ira, que mide la frecuencia con la que la persona controla la expresión de los sentimientos de ira evitando manifestarlos hacia personas u objetos del entorno; 4) *control interno de ira*, que evalúa la frecuencia con que la persona intenta controlar su ira a través de la moderación y el sosiego. Por último, el instrumento cuenta con un *Índice de Expresión de la Ira* (IEI), que es un índice general de la expresión de la ira a partir de los elementos de estas 4 subescalas de expresión y control de la ira mediante una fórmula matemática de sus puntuaciones. La consistencia interna de las subescalas oscila entre .74 y .95.

6. Escala de Experiencias Disociativas (*Dissociative Experience Scale-DES-II*; Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993; Icarán, Colom y Orengo-García, 1996). (Anexo 8).

Este instrumento es una escala de *screening* que evalúa el grado de disociación de la persona en un continuo entre “lo normal y lo patológico” sin influencia del alcohol o drogas, ya que la disociación suele utilizarse como estrategia desadaptativa de regulación emocional. Consta de 28 ítems en los que se evalúan experiencias disociativas como la amnesia disociativa, la despersonalización, la desrealización, sentimientos de vacío, etc. Se utiliza un formato de respuesta de 11 puntos que representan un porcentaje de 0% a 100%. Esta escala ha demostrado buena fiabilidad con un coeficiente alpha de .99 (Pitblado y Sanders, 1991; Ross, 1991).

2.4. Procedimiento

Las participantes que finalmente conformaron la muestra eran derivadas de las unidades de salud mental de la red pública de salud o acudían directamente al centro PREVI por derivación de otros centros privados. Una vez allí, psicólogos/as con experiencia clínica contrastada les realizaban dos sesiones de evaluación de una hora aproximadamente cada una y evaluaban si cumplían con los criterios para el TPL del DSM-IV-TR (APA, 2000) mediante la entrevista SCID-II y si cumplían con los criterios de inclusión para participar en el estudio. Una vez se observaba que podían formar parte de la muestra se les informaba e invitaba a participar en el mismo, firmaban la hoja de consentimiento

(Anexo 9) informado cuando aceptaban, con estrictas condiciones de confidencialidad de los datos y uso exclusivo para fines científicos.

Se evaluaron a 131 personas, de las cuales 7 participantes fueron excluidas (5 por no cumplir los criterios de inclusión y 2 por cambio de residencia fuera del ámbito del centro). De las 124 participantes restantes, 6 declinaron participar en el estudio y, por tanto, quedaron finalmente 118 participantes que finalmente pasaron a la fase experimental del estudio y se asignaron a los dos tipos de psicoterapia en función de la carga asistencial de pacientes y del dispositivo al que acudían (como ya se ha explicado anteriormente). De las 118 participantes, 11 abandonaron en mitad del tratamiento, por lo que quedaron 107 en la muestra final. De estas 107 personas, 64 participantes recibieron un programa de tratamiento basado en la Terapia Dialéctica Comportamental (DBT) y 43 recibieron Terapia Cognitivo-Conductual (TCC), ambas intervenciones eficaces para el tratamiento del TPL como ya se ha comentado previamente en el apartado de tratamientos. La mayor parte de la muestra (62%) acudían al dispositivo ambulatorio, el 27% al centro de día y el 11% al centro de atención continuada. De estas 107 personas que realizaron el tratamiento, 67 completaron el pre y el post de todas las medidas de evaluación.

Tras firmar la hoja de consentimiento informado, cumplimentaban las medidas de autoinforme explicadas en el apartado anterior y las terapeutas rellenaban el *Inventario de información clínica relevante* con datos relevantes de la historia clínica de las participantes.

A continuación, las participantes recibieron una intervención psicológica de 6 meses a razón de una sesión individual a la semana de una hora y otra grupal de dos horas de duración para las participantes de DBT y de una hora en el caso de las participantes de TCC. En el estudio participaron un total de 8 terapeutas, todas con extensa formación en terapia cognitivo-conductual. De todas ellas, 4 contaban con el grado de doctor y una de ellas estaba formada con el grupo de la Dra. Marsha Linehan en la Universidad de Washington, que fue la responsable de entrenar al resto del equipo en DBT durante un año previamente

al inicio del estudio mediante talleres, seminarios y el seguimiento de diversos pacientes aplicando DBT en estudios de caso.

Tras la intervención, la muestra cumplimentó el mismo protocolo de evaluación que en el pretratamiento y las terapeutas el *Inventario de información clínica relevante*. Todos los cuestionarios del pre y postratamiento se corrigieron y los datos se introdujeron en una base de datos de SPSS y se realizaron los análisis estadísticos pertinentes que comentaremos posteriormente.

La intervención con DBT fue una adaptación de la Terapia Dialéctico-Comportamental estándar original de Marsha Linehan (1993), la cual ya hemos explicado previamente en el apartado de Tratamientos. En esta adaptación se combinaron las sesiones individuales (se mantuvo el formato estándar) y las grupales durante 6 meses.

La terapia individual DBT consistía en una sesión semanal de 60 minutos con una terapeuta con formación en DBT especializada en Trastornos de Personalidad, en la que se tratan los temas que el paciente recoge en un diario de DBT y cuyos objetivos se jerarquizan en función de la relevancia para cada caso: 1) reducción de las conductas suicidas y parasuicidas; 2) Reducción de las conductas que interfieren con la terapia y 3) conductas que interfieren con la calidad de vida y 4) aprender y practicar habilidades como la efectividad interpersonal, el manejo de contingencias, reestructuración cognitiva o la resolución de problemas.

El entrenamiento de habilidades se llevó a cabo a lo largo de 24 sesiones que fueron distribuidas del siguiente modo:

Tabla 22. Distribución de sesiones grupales DBT

| Nº de sesión/es | Contenidos |
|-----------------|--|
| 1 | Presentación del Grupo de Habilidades |
| 2-5 | 1. Habilidades de atención plena a) Toma de conciencia de las emociones b) Entrenamiento en Mindfulness c) Observar-Describir-Participar de las emociones |
| 5-18 | 2. Habilidades de regulación emocional a) Aprender a identificar las emociones b) Psicoeducación sobre emociones c) Manejar emociones justificadas y las “no justificadas” |

| | |
|-------|--|
| | d) Análisis funcional de las emociones e) Buscar metas relacionadas con valores |
| 18-21 | 3. Habilidades de tolerancia al malestar a) Supervivencia a las crisis b) Entrenamiento en aceptación radical |
| 19-24 | 4) Habilidades de eficacia interpersonal a) Entrenamiento en eficacia interpersonal |

Por otra parte, la intervención que recibió el grupo TCC es el tipo de terapia que suele proveerse en Previ de forma habitual, utilizando tratamientos empíricamente validados para el tipo de trastorno de Eje I que presente la persona (trastorno por abuso de sustancias, trastorno alimentario, trastorno de estrés postraumático, etc.), como el programa de tratamiento para la Anorexia Nerviosa de Garner, Vitousek y Pike (1997), el de Edna Foa (2010) para el Trastorno de Estrés Postraumático o el programa para los trastornos alimentarios de Fairburn (2008; 2015). Adicionalmente a la sesión individual, en las sesiones grupales se trabajaba la impulsividad y la desregulación emocional con técnicas cognitivo-conductuales, como puede ser la reestructuración cognitiva o la resolución de problemas.

2.5. Análisis estadísticos realizados

El programa utilizado para realizar los análisis estadísticos que vamos a presentar a continuación fue el SPSS versión 26 (IBM Corp., 2021). En primer lugar, se han realizado análisis con el fin de dilucidar si el grupo de personas que completó la evaluación pre y post tratamiento (*completers*) y el que no lo completó (*no completers*) conformaban dos grupos comparables entre sí, para lo que previamente realizamos análisis de normalidad (prueba de Kolmogorov) para las diferentes variables evaluadas en el pretratamiento. Como no todas las variables se distribuyeron normalmente, utilizamos la prueba no paramétrica U de Man-Whitney para realizar los análisis estadísticos de comparación de ambos grupos.

Posteriormente, se realizaron análisis de clusters con el fin de establecer si existían diferentes grupos en función de las puntuaciones obtenidas en las variables clínicas a nivel basal.

A continuación, se realizaron análisis multivariados (MANOVA) de medidas repetidas para comprobar que las muestras sometidas a ambos tratamientos (DBT y TAU) partían con unas condiciones clínicas similares con el fin de realizar posteriormente análisis en los que poder evaluar la respuesta al tratamiento en función del clúster independientemente del tratamiento recibido (DBT o TAU).

También se comprobaron las d de Cohen para ver el tamaño del efecto de la diferencia entre las puntuaciones medias de la población general para las variables de estudio y las puntuaciones pre y post de los clústers hallados. Y, finalmente, se realizaron análisis post hoc con el objetivo de evaluar para cada clúster por separado si ha habido cambios en las variables de estudio tras el tratamiento, por lo que se realizaron pruebas t de Student para muestras relacionadas.

3. Resultados

En primer lugar, era necesario saber si la muestra que no había finalizado el tratamiento ($n=23$) se diferenciaba de los que sí lo habían completado en la evaluación pretratamiento ($n=67$) en las variables de estudio para valorar la generalizabilidad de los resultados del estudio. Para ello se realizó, en primer lugar, la prueba de normalidad de Kolmogorov con el fin de evaluar si todas las variables clínicas evaluadas se distribuían normalmente en cada grupo (los que completaron y los que no completaron el tratamiento). Los resultados mostraron que las puntuaciones de algunas variables no se distribuían normalmente, concretamente las variables número de conductas de suicidio, número de ingresos hospitalarios, expresión de ira y experiencias disociativas en el grupo de “no completers” y las mismas variables más ira-rasgo y afecto positivo en los “completers”. Por tanto, se decidió realizar la prueba U de Mann-Whitney para comparar ambos grupos en las variables de estudio antes de iniciar el tratamiento, siendo esta una prueba no paramétrica para variables que no se siguen la curva de distribución normal. Tras la realización de dicha prueba, se observa que no existen diferencias entre los “completers” y los “no completers” en ninguna de las variables clínicas de estudio a nivel basal (todas $p > ,05$).

A continuación, una vez comprobado que no existían diferencias iniciales entre ambos grupos, se realizaron análisis de clústers del grupo de “completers” para dilucidar si podíamos dividir la muestra en función de la gravedad clínica de las medidas evaluadas a nivel basal, obteniendo dos grupos diferenciados de pacientes. Tal y como se observa en la Tabla 23, el Clúster 1 estaba compuesto por 51 personas, cuyas puntuaciones medias en el pretratamiento en las medidas de evaluación fueron mayores que las del Clúster 2 para Depresión (M = 35,27; DT = 14,47), Afecto Negativo (M = 34,47; DT = 8,86), Rasgo de Ira (M = 29,42; DT = 7,09), Experiencias Disociativas (M = 25,89; DT = 19,16) y Número de Hospitalizaciones (M = 1,20; DT = 2,17), y puntuaciones más bajas en Afecto Positivo (M = 18,62; DT = 6,51), Reevaluación Cognitiva (M = 17,88; DT = 6,82), supresión emocional (M = 12,78; DT = 6,04) y Autoeficacia (M = 19,69; DT = 7,92), por lo que pasamos a llamarlo “**gravemente afectados**”. Por el otro lado, el Clúster 2, estaba compuesto por 16 personas que obtuvieron puntuaciones medias más bajas que el Clúster 1 en el pretratamiento para Depresión (M = 12,63; DT = 8,37), Afecto Negativo (M = 21,06; DT = 6,13), Rasgo de ira (M = 20,94; DT = 4,60), Regulación de la Ira (M = 30,00; DT = 8,28), Experiencias Disociativas (M = 21,04; DT = 13,32) y Número de Hospitalizaciones (M = 0,93; DT = 1,64), y más altas en Afecto Positivo (M = 31,69; DT = 7,58), Reevaluación Cognitiva (M = 28,81; DT = 6,23), Autoeficacia (M = 26,81; DT = 6,97) y Supresión Emocional (M = 16,13; DT = 5,56), por lo que el Cluster 1 pasó a llamarse “**levemente afectados**”.

Posteriormente, se pretendía comprobar que las muestras sometidas a ambos tratamientos (DBT y TAU) partía con unas condiciones clínicas similares con el fin de poder realizar posteriormente análisis en los que poder evaluar la respuesta al tratamiento en función del clúster independientemente del tratamiento recibido (DBT o TAU). En este sentido, se realizó una prueba Chi² (χ^2) en la muestra de *completers* tanto en el pre como en el post-tratamiento, donde se obtuvo que en el Clúster 1 un 50.1% de personas llevaron a cabo el tratamiento DBT y el 49.9% de personas realizaron el TAU y en el Cluster 2, el 50% de personas recibieron DBT y el otro 50% recibieron TAU, no encontrando, en proporción, diferencias significativas entre ambos grupos ($\chi^2 = 0,13$; $p = ,722$).

Por último, al comprobar que no existían diferencias significativas en proporción entre ambos clústers en función del tratamiento recibido, se realizaron análisis post hoc, y más concretamente se llevó a cabo una prueba de Tukey Bonferroni variable por variable para poder realizar los análisis con el máximo número de participantes posible (aunque la N fuera distinta para cada variable), con el fin de dilucidar si los dos clústers hallados presentaban diferencias significativas en sus respuestas ante el tratamiento recibido. Tal y como se puede observar en general en la Tabla 23, sí se obtuvieron diferencias significativas de respuesta al tratamiento entre el pre y el post en función del clúster al que se pertenecía. En general, se puede observar que el Clúster 1 (“gravemente afectados”) partían de unas puntuaciones clínicas peores y el Clúster 2 (“levemente afectados”) partía de unas mejores puntuaciones clínicas y se observa una diferencia en la respuesta al tratamiento en función del subtipo, mejorando en muchas de ellas los gravemente afectados y empeorando los levemente afectados.

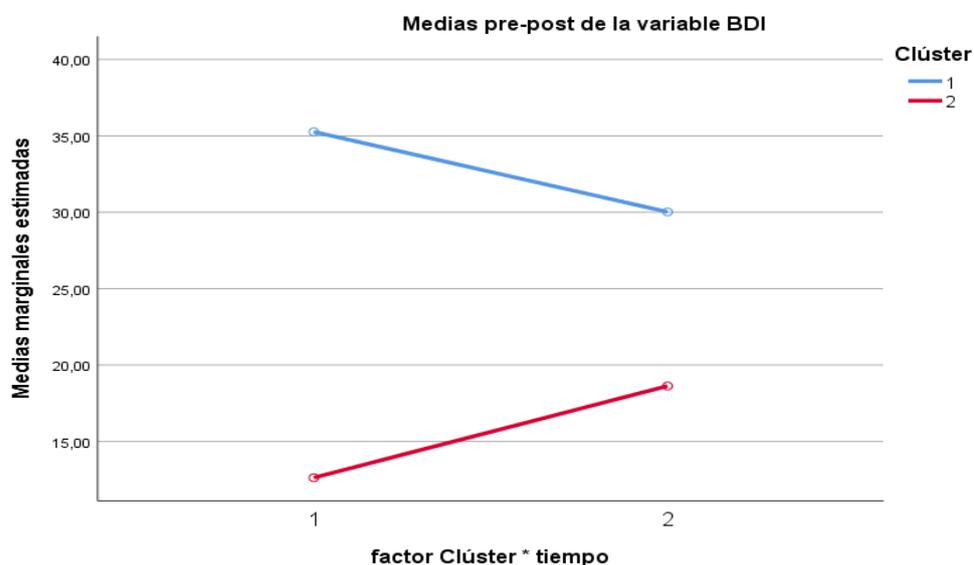
En concreto, se observa que el clúster 1 tras el tratamiento mejora en depresión (M = 30,02; DT = 18,77), en afecto positivo (M = 22,88; DT = 8,01), en afecto negativo (M = 29,63; DT = 10,63), en reevaluación cognitiva (M = 20,72; DT = 7,85), en supresión emocional (M = 11,40; DT = 6,22) y en rasgo de ira (M = 25,81; DT = 8,80) y empeora en cuanto a experiencias disociativas (M = 26,34; DT = 19,73). Por su parte, en cambio, el clúster 2 empeora en depresión (M = 18,63; DT = 14,26), en afecto positivo (M = 18,63; DT = 14,26), en afecto negativo (M = 23,13; DT = 7,43), en reevaluación cognitiva (M = 23,81; DT = 9,59) y mejora en autoeficacia (M = 28,19; DT = 8,58), siendo significativas muchas de estas diferencias de respuesta al tratamiento entre ambos clusters, como a continuación analizaremos variable por variable. Es decir, de forma general, el subtipo de “gravemente afectados” mejora con el tratamiento mientras que el subtipo de “levemente afectados” empeora. En el siguiente apartado, profundizamos en los resultados y en su discusión.

Tabla 23. Tabla efecto tiempo por clúster variable por variable

| Variables | Cluster 1 | | | Cluster 2 | | | Tiempo | | | | Tiempo* Cluster | | | |
|------------------------------------|----------------|---------------|---------------|----------------|--------------|---------------|--------|------|------|----------|-----------------|------|-------------|----------|
| | Pre | | Post | Pre | | Post | F | gl | P | η^2 | F | gl | p | η^2 |
| | N ₁ | M (DT) | M (DT) | N ₂ | M (DT) | M (DT) | | | | | | | | |
| Depresión | 49 | 35,27 (14,47) | 30,02 (18,77) | 16 | 12,63 (8,37) | 18,63 (14,26) | 0,03 | 1,00 | ,857 | 0,01 | 7,255 | 1,00 | ,009 | 0,10 |
| Afecto positivo | 50 | 18,62 (6,51) | 22,88 (8,01) | 16 | 31,69 (7,58) | 29,63 (10,25) | 0,71 | 1,00 | ,402 | 0,01 | 5,899 | 1,00 | ,018 | 0,08 |
| Afecto negativo | 51 | 34,47 (8,86) | 29,63 (10,63) | 16 | 21,06 (6,13) | 23,13 (7,43) | 0,89 | 1,00 | ,348 | 0,01 | 5,513 | 1,00 | ,022 | 0,08 |
| Reevaluación Cognitiva | 50 | 17,88 (6,82) | 20,72 (7,85) | 16 | 28,81 (6,23) | 23,81 (9,59) | 0,66 | 1,00 | ,421 | 0,10 | 8,628 | 1,00 | ,005 | 0,12 |
| Supresión Emocional | 50 | 12,78 (6,04) | 11,40 (6,22) | 16 | 16,13 (5,56) | 13,56 (6,19) | 4,61 | 1,00 | ,04 | 0,07 | 0,415 | 1,00 | ,522 | 0,01 |
| Auto-eficacia | 51 | 19,69 (7,92) | 19,76 (8,79) | 16 | 26,81 (6,97) | 28,19 (8,58) | 0,31 | 1,00 | ,579 | 0,05 | 0,247 | 1,00 | ,621 | 0,04 |
| Staxi-Rasgo | 48 | 29,42 (7,09) | 25,81 (8,80) | 16 | 20,94 (4,60) | 20,94 (7,24) | 3,63 | 1,00 | ,062 | 0,055 | 3,63 | 1,00 | ,062 | 0,06 |
| Staxi-Regulación de la Ira | 49 | 46,18 (10,85) | 41,88 (12,11) | 16 | 30,00 (8,28) | 29,25 (14,21) | 2,07 | 1,00 | ,155 | 0,032 | 1,024 | 1,00 | ,316 | 0,02 |
| Experiencias disociativas | 48 | 2,59 (1,92) | 2,63 (1,97) | 15 | 2,10 (1,33) | 1,65 (1,16) | 1,08 | 1,00 | ,302 | 0,017 | 1,615 | 1,00 | ,209 | 0,026 |
| Número de hospitalizaciones | 51 | 1,20 (2,17) | 0,31 (0,61) | 14 | 0,93 (1,64) | 0,71 (1,64) | 3,79 | 1,00 | ,056 | 0,06 | 1,406 | 1,00 | ,240 | 0,02 |
| Intentos de suicidio | 52 | 0,52 (1,13) | 0,29 (0,61) | 13 | 0,54 (1,05) | 0,31 (0,63) | 2,07 | 1,00 | ,156 | 0,03 | <0,001 | 1,00 | ,999 | <0,001 |

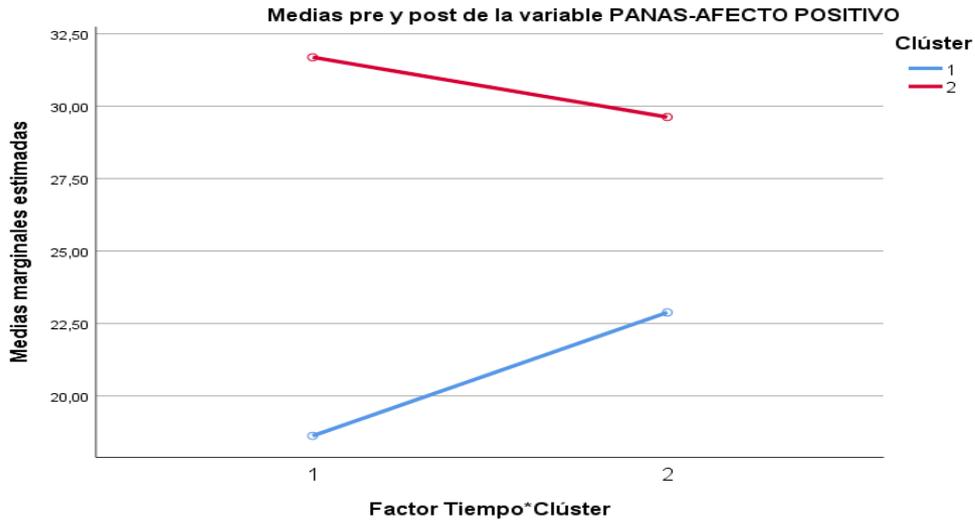
A continuación, se presenta la Gráfica 1, donde se observa la diferencia de las puntuaciones medias del BDI de depresión del pre y el postratamiento entre ambos clústers. El clúster 1 mejoró en sus niveles de depresión del pre-tratamiento (M = 35,27; DT = 14,47) al post-tratamiento (M = 30,02; DT = 18,77), mientras que el clúster 2 empeoró tras el tratamiento (antes de la intervención M = 12,63; DT = 8,37 y tras ella obtuvo una M = 18,63; DT = 14,26). Esta diferencia entre ambos clústers en la respuesta al tratamiento fue distinta de manera significativa (F = 7,255; p = ,009).

Gráfica 1. Medias pre y post del BDI de los Clústers 1 y 2



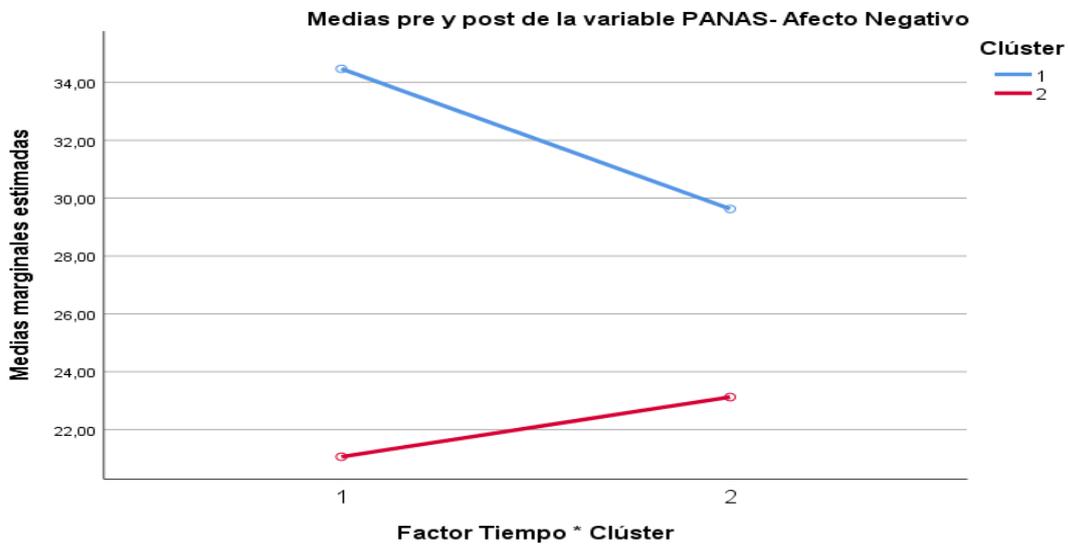
En la Gráfica 2 se observa la diferencia entre ambos clústers de las puntuaciones medias de la subescala de Afecto positivo del Cuestionario PANAS del pre y el postratamiento. Tal y como se muestra en la gráfica, de nuevo el Clúster 1 partía de peores puntuaciones (M = 18,62; DT = 6,51) y tras el tratamiento mejora en esta variable (M = 22,88; DT = 8,01), mientras que la respuesta al tratamiento del Clúster 2, es completamente opuesta, ya que partiendo de una mejor puntuación (M = 31,69; DT = 7,58) empeora tras el tratamiento (M = 29,63; DT = 10,25), siendo significativa la diferencia de respuesta al tratamiento entre ambos clústers (F = 7,255; p = ,018).

Gráfica 2. Medias pre y post del PANAS. Afecto Positivo de los Clústers 1 y 2



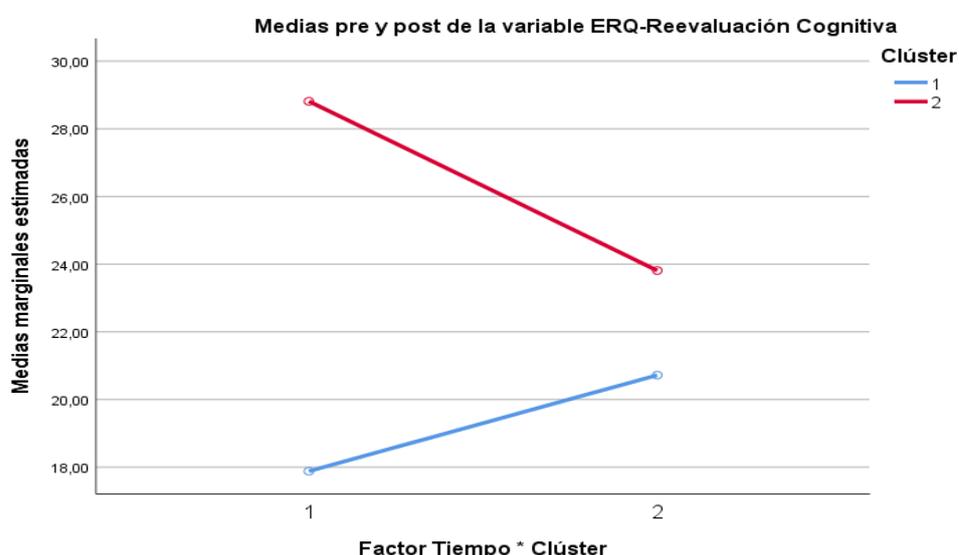
En la gráfica 3, se observa la diferencia de respuesta al tratamiento entre ambos clústers para la variable PANAS-Afecto Negativo. Se observa que el Clúster 1 tiene mayor Afecto Negativo en el pre (M = 34,47; DT = 8,86) y mejora tras el tratamiento (M = 29,63; DT = 10,63) y de nuevo el Clúster 2 partía de una puntuación mejor antes del tratamiento (M = 21,06; DT = 6,13) y sin embargo, empeora al finalizarlo (M = 23,13; DT = 7,43), siendo significativa la diferencia de respuesta al tratamiento entre ambos clústers ($F = 5,513$; $p = ,022$).

Gráfica 3. Medias pre y post del PANAS. Afecto Negativo de los Clústers 1 y 2



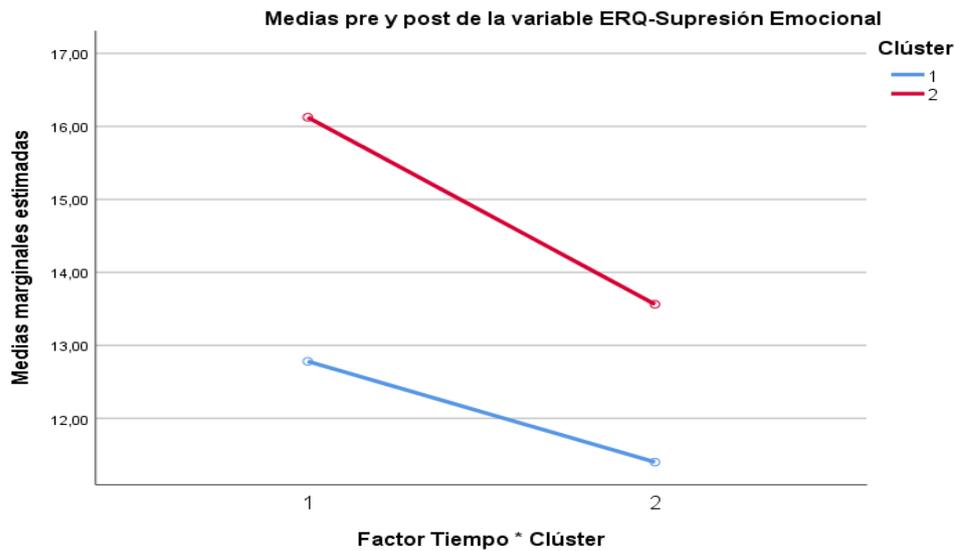
En la Gráfica 4 se muestran las medias pre y post ambos clústers de la variable ERQ, que evalúa la Reevaluación Cognitiva. El Clúster 1 partía de puntuaciones más bajas ($M = 17,88$; $DT = 8,82$) y mejoró tras el tratamiento ($M = 20,72$; $DT = 7,85$) y el Clúster 2, nuevamente, partiendo de mejores puntuaciones antes del tratamiento ($M = 28,81$; $DT = 6,23$), empeoran tras el mismo ($M = 23,81$; $DT = 9,59$) y, por tanto, también presentan una respuesta significativamente distinta al tratamiento ($F = 8,628$; $DT = ,005$).

Gráfica 4. Medias pre y post del ERQ - Reevaluación Cognitiva de los Clústers 1 y 2



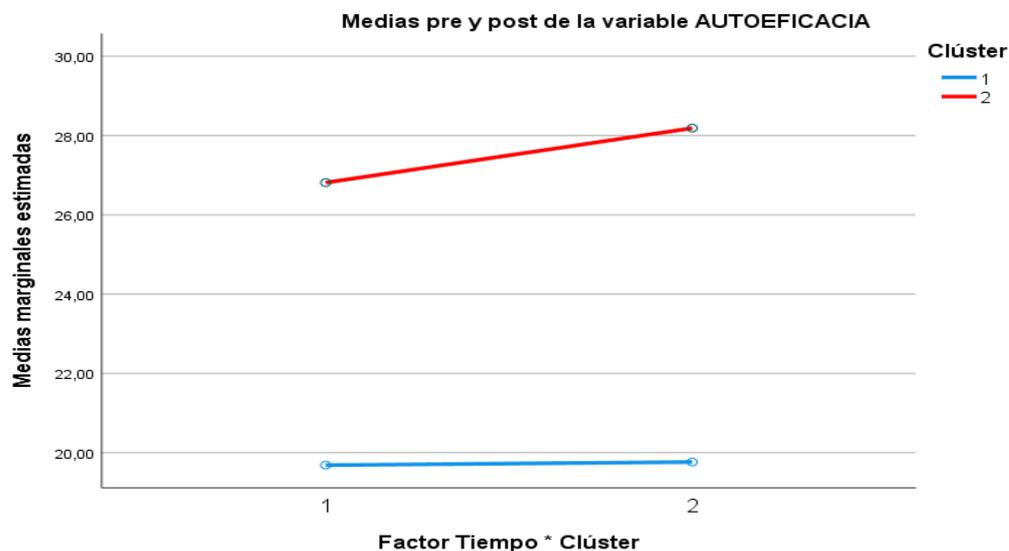
En la Gráfica 5, se muestran los resultados de la variable ERQ- Supresión Emocional, en la que se observa que el clúster 1 partía de puntuaciones más bajas que el clúster 2 ($M = 12,78$; $DT = 6,04$) y bajó tras el tratamiento ($M = 11,40$; $DT = 6,22$). El clúster 2 partía de una puntuación mayor ($M = 16,13$; $DT = 5,56$) y bajó tras la intervención ($M = 13,56$; $DT = 6,19$). Es decir, ambos clústers suprimen menos sus emociones tras el tratamiento, sin diferencias significativas en la respuesta al tratamiento ($F = 0,42$; $p = ,522$).

Gráfica 5. Medias pre y post del ERQ - Supresión Emocional de los Clústers 1 y 2



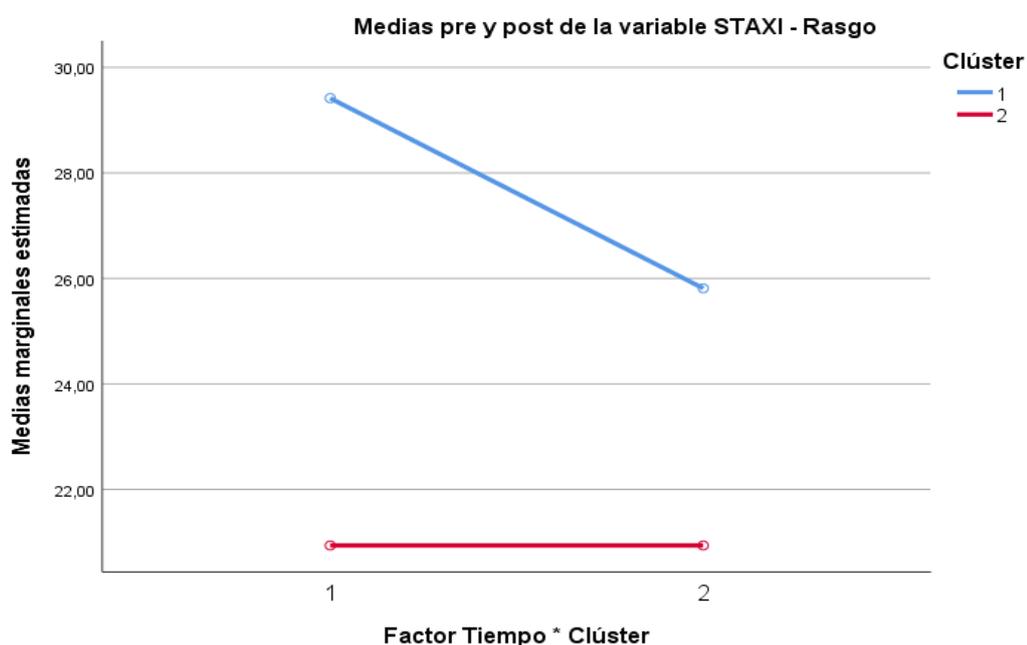
En la Gráfica 6, se muestran los resultados de la variable Autoeficacia, en la que se observa que el Clúster 1 partía de una puntuación más baja de Autoeficacia ($M = 19,69$; $DT = 7,92$) y no mejora tras el tratamiento ($M = 19,76$; $DT = 8,79$) y el Clúster 2, que partía de una puntuación más alta ($M = 26,81$; $DT = 6,97$), mejora ligeramente tras el tratamiento ($M = 28,19$; $DT = 8,58$). Aunque se observa una tendencia distinta en cómo responde cada clúster al tratamiento, esta diferencia en respuesta al tratamiento no fue significativa ($F = 0,25$; $p = ,621$).

Gráfica 6. Medias pre y post de Autoeficacia de los Clústers 1 y 2



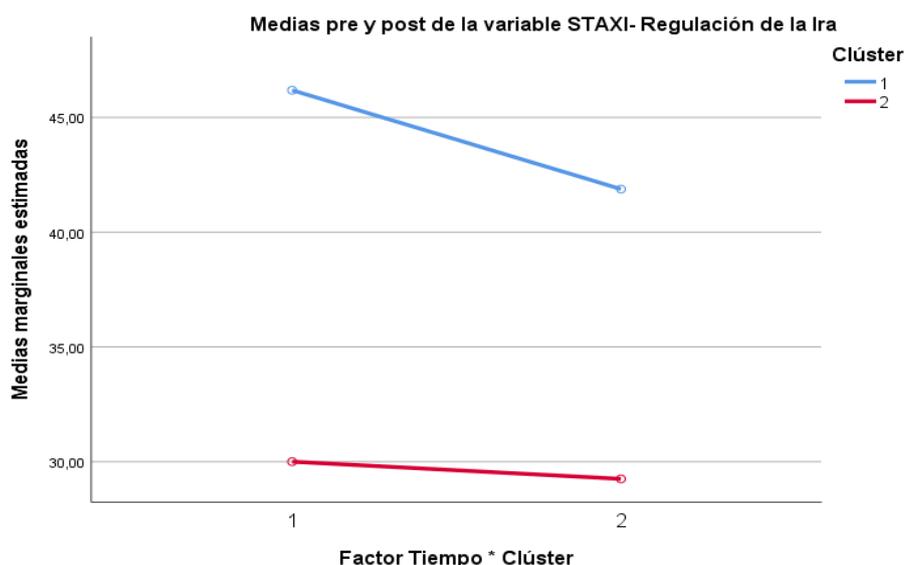
En la Gráfica 7, se muestran los resultados de la variable STAXI -Rasgo, en la que se observa que el Clúster 1 partía de una puntuación más alta en Ira Rasgo (M = 29,42; DT = 7,09) y mejora con el tratamiento (M = 25,81; DT = 8,80) y el Clúster 2, partía de una puntuación más baja (M = 20,94; DT = 4,60) y se mantiene tras el tratamiento (M = 20,94; DT = 7,24), siendo significativa la diferencia en su respuesta al tratamiento (F = 3,63; DT = ,062).

Gráfica 7. Medias pre y post del STAXI - Rasgo de los Clústers 1 y 2



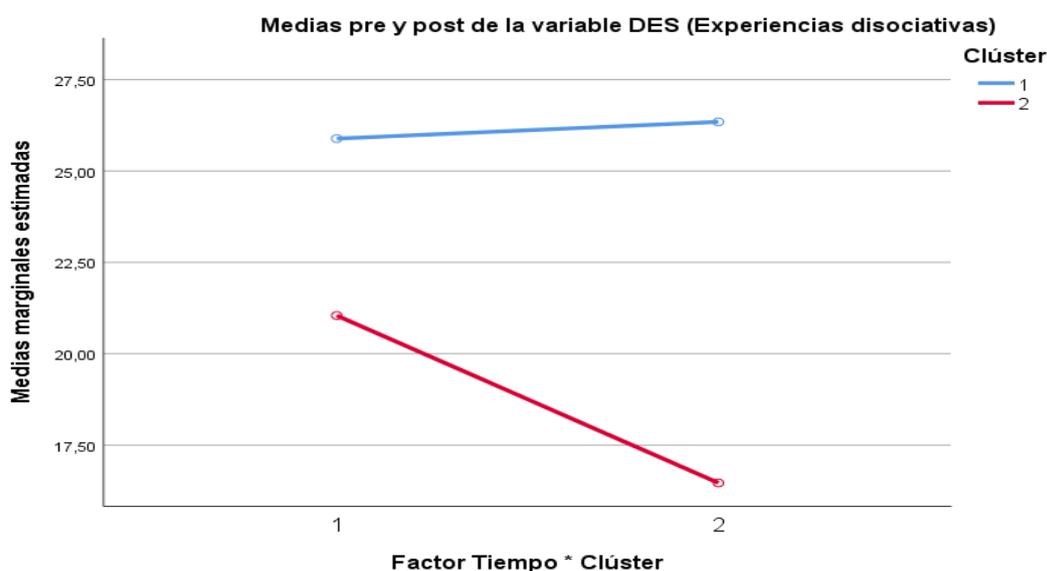
En la Gráfica 8, se muestran los resultados de la variable STAXI -Regulación de la Ira, en la que se muestra que el Clúster 1 partía de una puntuación pre-tratamiento más alta (M = 46,18; DT = 10,85) y empeora tras el tratamiento (M = 41,88; DT = 12,11), y el Clúster 2 partía de una puntuación más baja (M = 30,00; DT = 8,28) y se mantiene o desciende muy ligeramente en el post-tratamiento (M = 29,25; DT = 14,21), no existiendo diferencia significativa en su respuesta al tratamiento (F = 1,02; p = ,316), aunque sí se observa una tendencia distinta entre los tipos de respuesta.

Gráfica 8. Medias pre y post del STAXI – Regulación de la Ira de los Clústers 1 y 2

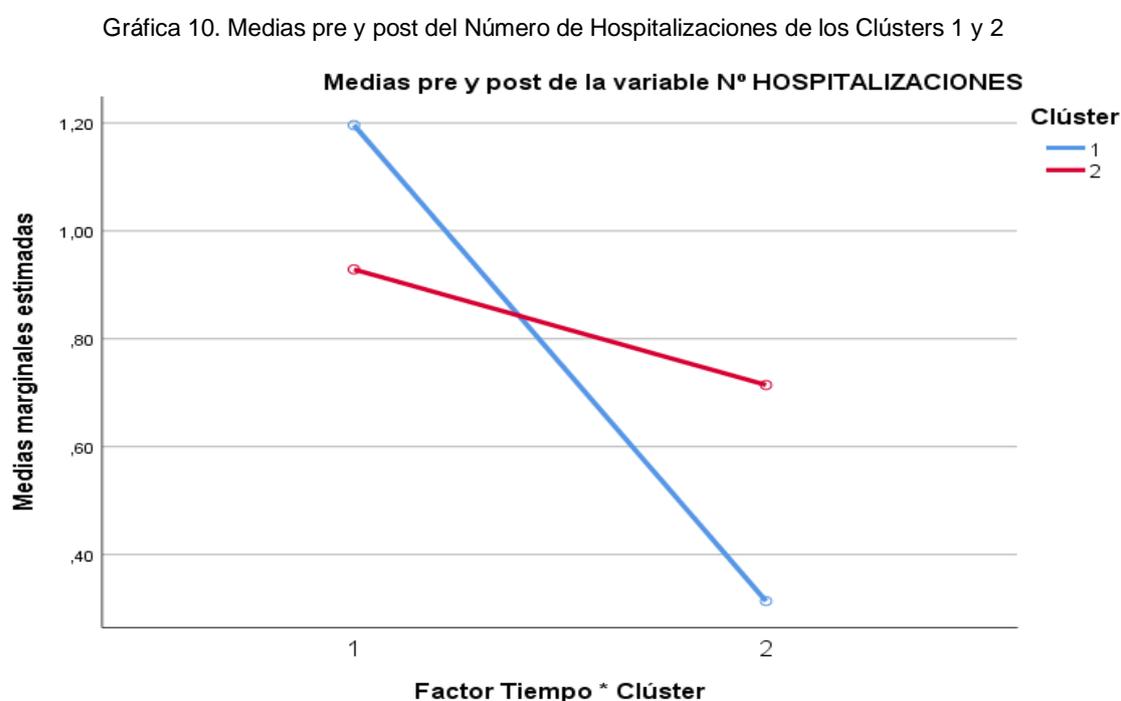


En la Gráfica 9, se muestran los resultados de la variable DES – Experiencias disociativas, en la que se muestra que el Clúster 1 partía de una puntuación pre más alta ($M = 2,59$; $DT = 1,92$) y empeora ligeramente tras el tratamiento ($M = 2,63$; $DT = 1,97$), y el Clúster 2 partía de una puntuación más baja ($M = 2,10$; $DT = 1,33$) y mejora al finalizarlo ($M = 1,65$; $DT = 1,16$), no existiendo diferencias significativas entre ambos clústers en su respuesta al tratamiento ($F = 1,62$; $p = ,209$).

Gráfica 9. Medias pre y post del DES – Experiencias disociativas de los Clústers 1 y 2

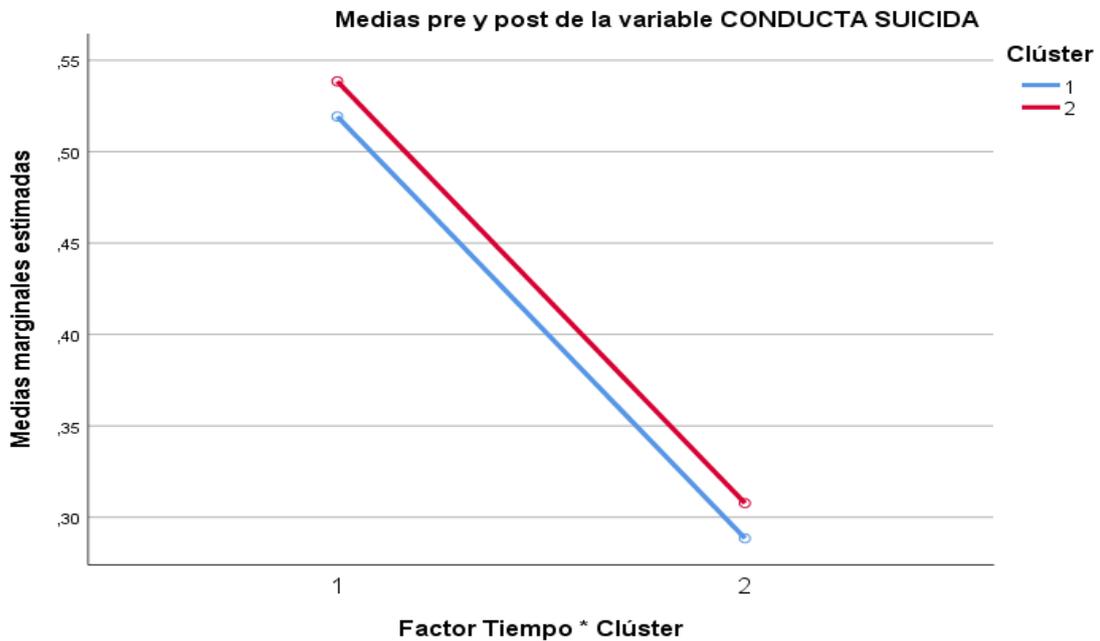


En la Gráfica 10, se muestran los resultados de la variable Número de Hospitalizaciones, en la que se observa que el clúster 1 parte de una puntuación ligeramente mayor antes del tratamiento (M = 1,20; DT = 2,17) y desciende tras el mismo de forma clara (M = 0,31; DT = 0,61) y el clúster 2 parte de una puntuación menor (M = 0,93; DT = 1,64) y baja más ligeramente tras el tratamiento (M = 0,71; DT = 1,64). Ambos clústers mejoran con el tratamiento y bajan el número de hospitalizaciones, no existiendo diferencias significativas en su respuesta al tratamiento (F = 1,41; p = ,240).



En la Gráfica 11, se muestran los resultados de la variable de número de Conductas Suicida, en la que se observa que el clúster 1 parte de una puntuación ligeramente menor antes del tratamiento (M = 0,52; DT = 1,13) y desciende tras el mismo (M = 0,29; DT = 0,61) y el clúster 2 parte de una puntuación ligeramente mayor (M = 0,54; DT = 1,05) y baja tras el tratamiento (M = 0,31; DT = 0,63). Ambos clústers mejoran con el tratamiento y bajan el número de Conductas Suicida que realizan, no existiendo diferencias significativas en su respuesta al tratamiento (F < 0,001; p = ,999).

Gráfica 11. Medias pre y post de Conductas Suicida de los Clústers 1 y 2



Por último, con el fin de analizar los resultados de forma global de un modo coherente que nos pueda luego ayudar a su integración en la aplicación clínica, se han comparado las medias de los clústers 1 y 2 con las de la población general (Tabla 24) y también se han realizado Pruebas Post-hoc (pruebas t de Student para muestras relacionadas) para ver si ha habido cambios significativos entre el pre y el post para cada uno de los dos clústers analizándolos por separado y la d de Cohen para cada variable para ver el tamaño del efecto de la diferencia de puntuaciones medias de la población general y las de nuestros dos clusters, tanto en el pre como en el post- tratamiento (Ver Tabla 24).

En la Tabla 24 podemos observar las medias y desviaciones típicas de las variables de estudio en la población general española en base a otros trabajos (Icarán, Colom y Orengo-García, 1996; Miguel-Tobal, Casado, Cano-Vindel y Spielberger, 1999; 2001; Salguero, Fernández-Berrocal y Gross, 2013; Sandín, Chorot, Lostao, Joiner, Santed y Valiente, 1999; Sanjuán-Suárez, Pérez-García y Bermúdez-Moreno, 2000; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003;), así como las puntuaciones de ambos clústers y el tamaño del efecto de las diferencias entre cada uno de ellos y las de la población general.

De forma global, podemos observar que, en el pre-tratamiento, el Clúster 1 muestra diferencias con la población general de tamaño grande en depresión, afecto positivo y negativo, reevaluación cognitiva, autoeficacia, rasgo de ira, regulación de ira y experiencias disociativas, siempre desfavorables en el grupo clínico. Para la variable de supresión emocional, el tamaño del efecto fue pequeño, puesto que las puntuaciones medias eran muy similares entre la población general y el pre del Clúster 1. En el post-tratamiento del Clúster 1 se mantuvieron esos tamaños del efecto en el mismo sentido, incluido en supresión emocional, que continuó siendo pequeño. Solo en la variable de rasgo de ira hubo un cambio en el tamaño del efecto, que pasó de ser grande a medio, permaneciendo la puntuación del grupo clínico todavía por encima de la media de la población general, aunque con menor diferencia.

En cuanto al Clúster 2, podemos observar que en el pre-tratamiento el tamaño de la diferencia con la puntuación media de la población general para cada variable era pequeño para afecto positivo y negativo, reevaluación cognitiva, rasgo de ira y regulación de la ira, lo cual nos indica que las puntuaciones del Clúster 2 antes del tratamiento en estas variables eran muy similares a las de la población general. Se obtuvo un tamaño del efecto medio para depresión y en experiencias disociativas con mayores puntuaciones para el grupo clínico y un tamaño del efecto medio con tendencia a grande en supresión emocional, también con mayor puntuación para el Clúster 2. En el post, el tamaño del efecto en depresión pasó de pequeño a grande en sentido negativo, es decir, empeoró el grupo clínico. En afecto positivo se mantuvo el efecto pequeño, aunque de forma negativa, es decir, empeoró el grupo clínico en esta variable tras el tratamiento. En afecto negativo, aunque empeoró también el grupo clínico, el tamaño del efecto siguió siendo pequeño. En reevaluación cognitiva, el tamaño del efecto pasó de pequeño a grande en sentido negativo, es decir, también empeoró alejándose de las puntuaciones medias de población normal. En supresión emocional, pasó de un tamaño medio-grande a pequeño, acercándose más a las puntuaciones medias de la población general. En autoeficacia continuó siendo un tamaño del efecto grande con peores puntuaciones para el grupo clínico. En ira rasgo y regulación de ira el tamaño

continuó siendo pequeño y, en experiencias disociativas, el tamaño pasó de medio a pequeño, mejorando sus puntuaciones el grupo clínico.

En cuanto a la Prueba t de Student para muestras relacionadas, se muestran los diferentes valores de significación entre el pre y el post de cada variable para cada clúster. Para el Clúster 1 de “gravemente afectados” hubo cambios significativos en prácticamente todas las variables tras el tratamiento: mejoró su nivel de depresión ($t = 2,47$; $p = ,009$; $d = 0,35$), de afecto positivo ($t = -3,53$; $p < ,001$; $d = -0,50$) y negativo ($t = 3,15$; $p = ,001$; $d = 0,44$), reevaluación cognitiva ($t = -2,34$; $p = ,012$; $d = -0,33$), autoeficacia ($t = 3,15$; $p = ,001$; $d = 0,44$), rasgo de ira ($t = 3,78$; $p < ,001$; $d = 0,55$), regulación de la ira ($t = 2,78$; $p = ,004$; $d = 0,40$) y número de hospitalizaciones ($t = 2,27$; $p = ,014$; $d = 0,32$). Las diferencias fueron generalmente de tamaño entre pequeño y moderado. Por otro lado, no mejoraron significativamente en supresión emocional, experiencias disociativas e intentos de suicidio.

Por su parte, para el Clúster 2 hubo un aumento significativo en depresión ($t = -1,82$; $p = ,045$; $d = -0,45$) y una disminución en reevaluación cognitiva ($t = 1,77$; $p = ,048$; $d = 0,44$), en supresión emocional ($t = 1,79$; $p = ,047$; $d = 0,45$) y en experiencias disociativas ($t = 2,45$; $p = ,014$; $d = 0,63$). Estas diferencias fueron de tamaño generalmente moderado. No se encontraron cambios en el resto de las variables entre el pre y el post-tratamiento.

Tabla 24. Diferencias en las variables de estudio entre la población general y los dos clústers

| Variables | Población general | | Cluster 1 | | | Cluster 2 | | | Comparación de medias entre el presente estudio y datos de la población general | | | | Comparación de medias entre clústers del presente estudio en distintos momentos temporales | | | | | |
|-------------------------------|-------------------|------------------|-----------|------------------|------------------|-----------|-----------------|----------------------------------|---|----------------------------------|------|-------------------------|--|-------------------------|-------------------------|------------------------------|------------------------------|-------------------------|
| | | | Pre | Post | | Pre | Post | d Clúster 1 vs población general | | d Clúster 2 vs población general | | Clúster 1 Pre vs Post t | Clúster 2 Pre vs Post t | Clúster 1 Pre vs Post p | Clúster 2 Pre vs Post p | Clúster 1 Pre vs Post D (IC) | Clúster 2 Pre vs Post D (IC) | |
| | N | M (DT) | N1 | M (DT) | M (DT) | N2 | M (DT) | M (DT) | Pre | Post | Pre | Post | | | | | | |
| Depresión | 470 | 9,4 (7,7) | 49 | 35,27 (14,47) | 30,02 (18,77) | 16 | 12,63 (8,37) | 18,63 (14,26) | 2,23 | 1,43 | 0,40 | 0,80 | 2,47 | -1,82 | ,009 | ,045 | 0,35 (0,06 / 0,64) | -0,45 (-0,96 / 0,07) |
| Afecto positivo | 441 | 30,37 (6,08) | 50 | 18,62 (6,51) | 22,88 (8,01) | 16 | 31,69 (7,58) | 29,63 (10,25) | 1,86 | 1,05 | 0,19 | 0,09 | -3,53 | 0,78 | <,001 | ,225 | -0,50 (-0,79 / -0,20) | 0,19 (-0,30 / 0,69) |
| Afecto negativo | 441 | 22,69 (6,83) | 51 | 34,47 (8,86) | 29,63 (10,63) | 16 | 21,06 (6,13) | 23,13 (7,43) | 1,49 | 0,78 | 0,25 | 0,06 | 3,15 | -1,12 | ,001 | ,140 | 0,44 (0,15 / 0,73) | -0,28 (-0,78 / 0,22) |
| Reevaluación Cognitiva | 1548 | 30,22 (6,49) | 50 | 17,88 (6,82) | 20,72 (7,85) | 16 | 28,81 (6,23) | 23,81 (9,59) | 1,85 | 1,32 | 0,21 | 0,78 | -2,34 | 1,77 | ,012 | ,048 | -0,33 (-0,61 / -0,04) | 0,44 (-0,08 / 0,95) |
| Supresión Emocional | 1548 | 12,07 (5,97) | 50 | 12,78 (6,04) | 11,40 (6,22) | 16 | 16,13 (5,56) | 13,56 (6,19) | 0,12 | 0,11 | 0,70 | 0,25 | 1,48 | 1,79 | ,072 | ,047 | 0,21 (-0,07 / 0,49) | 0,45 (-0,07 / 0,96) |
| Auto-eficacia | 259 | 65,02 (12,23) | 51 | 19,69 (7,92) | 19,76 (8,79) | 16 | 26,81 (6,97) | 28,19 (8,58) | 4,40 | 4,25 | 3,84 | 3,49 | 3,15 | -0,48 | ,001 | ,318 | 0,44 | -0,12 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------|-----------------|----|------------------|------------------|----|-----------------|------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-----------------|-------------|----------------|----------------|
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (0,15 / 0,73) | (-0,61 / 0,37) |
| Staxi-Rasgo | 1173 | 21,57 (5,25) | 48 | 29,42 (7,09) | 25,81 (8,80) | 16 | 20,94 (4,60) | 20,94 (7,24) | 1,26 | 0,59 | 0,13 | 0,10 | 3,78 | <,01 | <,001 | ,500 | 0,55 | <0,01 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (0,24 / 0,85) | (- 0,49/0,49) |
| Staxi-Regulación de la Ira | 1173 | 31,69 (9,44) | 49 | 46,18 (10,85) | 41,88 (12,11) | 16 | 30,00 (8,28) | 29,25 (14,21) | 1,42 | 0,94 | 0,19 | 0,20 | 2,78 | 0,19 | ,004 | ,426 | 0,40 | 0,05 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (0,11 / 0,69) | (-0,44 / 0,54) |
| Experiencias disociativas | 222 | 1,64 (1,3) | 48 | 2,59 (1,92) | 2,63 (1,97) | 15 | 2,10 (1,33) | 1,65 (1,16) | 0,73 | 0,74 | 0,53 | 0,20 | -0,22 | 2,45 | ,416 | ,014 | -0,03 | 0,63 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (-0,32 / 0,25) | (0,07 / 1,18) |
| Número de hospitalizaciones | ---- | NA | 51 | 1,20 (2,17) | 0,31 (0,61) | 14 | 0,93 (1,64) | 0,71 (1,64) | ----- | ----- | ----- | ----- | 2,27 | -1,00 | ,014 | ,169 | 0,32 | -0,28 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (0,03 / 0,60) | (-0,83 / 0,28) |
| Intentos de suicidio | ---- | NA | 52 | 0,52 (1,13) | 0,29 (0,61) | 13 | 0,54 (1,05) | 0,31 (0,63) | ----- | ----- | ----- | ----- | 0,24 | -1,00 | ,406 | ,169 | 0,03 | -0,28 |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | (-0,24 / 0,31) | (-0,83 / 0,28) |

4. Discusión

En este apartado vamos a discutir los resultados obtenidos en este trabajo, empezando por repasar los objetivos que nos habíamos marcado y las hipótesis planteadas y analizando en detalle los datos hallados y cómo se relacionan con la literatura al respecto.

Hipótesis y objetivos marcados

El primero de los objetivos (O1) descritos consistía en explorar la existencia de diferentes grupos de pacientes con TPL mediante análisis de clústers usando variables emocionales, cognitivas y conductuales. La hipótesis que nos planteamos (H1) fue que íbamos a encontrar entre dos y cuatro grupos de pacientes: de más grave, es decir, con mayor nivel de Depresión, más Experiencias Disociativas, menor Afecto Positivo, mayor Afecto Negativo, menor Reevaluación Cognitiva, mayor Supresión Emocional, menor Autoeficacia, mayor Rasgo de Ira, más Intentos de Suicidio y más Ingresos Hospitalarios, a más leve, con menor nivel de Depresión, menos Experiencias Disociativas, mayor Afecto Positivo, menor Afecto Negativo, mayor Reevaluación Cognitiva, menor Supresión Emocional, más nivel de Autoeficacia, más baja puntuación de Rasgo de Ira, menos Intentos de Suicidio y menos Ingresos Hospitalarios.

Tras realizar los análisis estadísticos pertinentes, comprobamos que la muestra se dividió en dos clústers, el Clúster 1 de personas **”gravemente afectadas”** donde las personas obtuvieron mayores puntuación en Depresión, menor Afecto Positivo, mayor Afecto Negativo, menor Reevaluación Cognitiva, menor Autoeficacia y tendencia a mayores puntuaciones en Rasgo de Ira, y el Clúster 2 de personas **”levemente afectadas”**, quienes obtuvieron menor nivel de Depresión, mayor Afecto Positivo, menor Afecto Negativo, mayor Reevaluación Cognitiva, mayor nivel de Autoeficacia y más baja puntuación de Rasgo de Ira. Las puntuaciones de estas medidas de ambos clústers antes de empezar el tratamiento fueron todas consideradas como clínicas o graves, excepto en el Afecto Positivo y el Afecto Negativo del Clúster 2, que fueron ambas consideradas como no clínicas (AP por encima de la media poblacional y AN por debajo de la media poblacional), y obtuvieron un efecto del tamaño

pequeño respecto a la media de la población general antes del tratamiento (AP: $d = 0,19$ y AN: $d = 0,25$), pasando a ser clínicas tras el tratamiento (aunque el tamaño del efecto continuó siendo pequeño; AP: $d = 0,09$ y AN: $d = 0,06$). El resto de las variables también presentaron puntuaciones clínicas al acabar el tratamiento en ambos clústers, excepto la Supresión Emocional en el Clúster 1, en la que se observa que antes del tratamiento, la puntuación era menor que la media de la población general y el tamaño del efecto era pequeño en comparación con la media de la población general ($d = 0,12$). Estos resultados son coherentes con otros trabajos anteriores que han identificado varios subgrupos de pacientes con TPL en base a la gravedad de los síntomas (Digre y cols., 2009; Lenzenweger y cols., 2008; Shevlin y cols., 2007), si bien otros trabajos utilizando medidas de agrupación distinta también habían encontrado subgrupos de 3 o incluso 4 tipos de pacientes (Bradley y cols., 2005; Digre y cols., 2009; Frias y cols., 2017; Lezenweger y cols., 2008; Lewis y cols., 2012; Sanislow y cols., 2002; Sleuwaegen y cols., 2016; Smits y cols., 2017; Whewell y cols., Wright y cols., 2013). Esto nos indica que la elección de las variables clínicas que generen los subtipos va a ser clave en este tipo de trabajos.

Más concretamente, de los estudios sobre subtipos analizados, 4 encontraron los subtipos "Autónomos Vs. Dependientes", de entre los cuales uno utilizó como criterio la "relación con el terapeuta" para dividirlos (Linehan, 1993), otros utilizaron como criterio los problemas interpersonales (Leihener y cols., 2003; Ryan y Shean, 2007) y otro estudio (Frias y cols., 2017) utilizó como criterio las dimensiones del Neo-Pi-R (Costa y McRae, 1992). Otros 5 estudios, encontraron subtipos entre "internalizantes Vs externalizantes", de los cuales 3 utilizaron los criterios del TPL para dividirlos (Bradley y cols., 2005; Smits y cols., 2017 y Wheewell y cols., 2000), otro estudio utilizó la reactividad y regulación de la muestra (Sleuwaegen y cols., 2016; 2018) y un último estudio utilizó como criterio la respuesta al tratamiento (Digre y cols., 2009). Como ya se ha comentado en otro apartado, resulta muy difícil la comparación entre los estudios dadas tanto las diferencias de las muestras y de instrumentos de evaluación, como el tipo de terapia utilizado, las variables criterio para los subtipos y los análisis estadísticos realizados. Lo que sí parece haber cada vez en mayor medida, es un consenso en la necesidad de ampliar la investigación respecto al TPL a partir de la investigación de las dimensiones de personalidad. En este

sentido, tanto Zittel Conklin y cols. (2006) como Digre y cols. (2009), entre otros, apoyan con sus investigaciones de subtipos la idea de que la sintomatología del TPL puede extenderse a lo largo de la dimensión “Internalizante-externalizante”, la cual es una dimensión ya estudiada desde hace años (Brown y Barlow, 2009). Otros autores intentan llevar a cabo sus estudios de TPL siguiendo la Taxonomía Jerárquica de la Psicopatología (HiTOP, por sus siglas en inglés) la cual intenta crear una estructura empírica que explique la sintomatología y la comorbilidad entre los distintos trastornos a partir de las distintas dimensiones de personalidad (Eaton y cols., 2011; Kotov y cols., 2017), como el neuroticismo (Kendler, Myers, y Reichborn-Kjennerud, 2011) y otros rasgos de personalidad como la impulsividad o la hostilidad del Modelo de los 5 factores (Sauer-Zavala y cols., 2016). También en la última revisión Cochrane sobre los diferentes tratamientos para el TPL se indica la necesidad de considerar las dimensiones de personalidad -además de la sintomatología del TPL - con el fin de clarificar y llegar a un consenso sobre las características nucleares del trastorno (Storebø y cols., 2020). En relación con todos estos datos, los resultados obtenidos en este trabajo en Afecto Positivo y Negativo y la Hostilidad parecen apoyar el hecho de que existen ciertas dimensiones de personalidad que, en su versión más extrema, junto con la conducta disfuncional impulsada por esa intensa emoción aprendida para regular la intensidad de dicha emoción (y reforzada negativamente por el alivio instantáneo y momentáneo del malestar), puede hacer que se conforme una de las tantas “caras” que muestra este complejo trastorno. No obstante, parece necesario que se lleven a cabo mayor número de estudios teniendo en cuenta las dimensiones normales de personalidad.

El segundo objetivo (O2), consistía en explorar si los clústers hallados respondían de forma distinta al tratamiento. Hipotetizamos (H2) que responderían de forma diferente al tratamiento, mostrando el grupo más grave más mejoría en comparación con el grupo de pacientes más leve, que no mostraría una mejoría tan significativa. Los resultados efectivamente muestran que ambos clústers responden de forma diferente al tratamiento. Para poder comparar la respuesta de ambos subgrupos, primero comprobamos que no existieran diferencias entre el número de personas que recibieron DBT y TAU en

cada clúster para poder compararlos y que no existieran diferencias significativas en cuanto a las variables a evaluar antes de la intervención, lo cual fue así y por tanto pudimos comparar ambos clústers en su respuesta al tratamiento partiendo de la misma base. Los análisis realizados posteriormente nos llevaron a confirmar que esta segunda hipótesis se cumplió solo parcialmente, ya que el Clúster 1 de “gravemente afectados” mejoró significativamente tras el tratamiento, pero el Clúster 2 no solo no mejoró, sino que empeoró tras el tratamiento en varias de las variables estudiadas. A continuación, vamos a ir analizando cada clúster variable por variable para profundizar en el análisis de los resultados en su respuesta al tratamiento.

En cuanto a la variable Depresión evaluada mediante el BDI-II (Beck y cols., 1996; Sanz, Navarro y Vázquez, 2003; Sanz, Perdigón y Vázquez, 2003), el Clúster 1 de personas “gravemente afectadas” obtuvo una media antes del tratamiento de 35,27 (DT = 14,47) y el Clúster 2 de personas “levemente afectadas” la obtuvo de 12,63 (DT = 8,37) cuando la media en población general es de 9,4 (DT = 7,7). Según estos datos, el Clúster 1 presentaba puntuaciones pre-tratamiento correspondientes a un episodio depresivo grave (Beck y cols., 1996) y, aunque bajó tras el tratamiento a una media de 30,02 (DT = 18,77), siguió dentro del rango de depresión grave, aunque cerca ya de niveles moderados. Por su parte, el Clúster 2 presentaba puntuaciones pre-tratamiento compatibles con niveles mínimos de depresión (M = 12,63; DT = 8,37) y, tras la intervención, se agravó a una depresión leve tras la intervención psicológica (M = 18,63; DT = 14,26). Es decir, solo el clúster 1, mejoró significativamente ($p < ,009$) tras el tratamiento, pero siguió en niveles de depresión clínicos con un tamaño del efecto grande en comparación con la media de población general ($d = 1,43$); y por su parte, el clúster 2 empeoró significativamente tras el tratamiento ($p < ,045$), pasando de un tamaño del efecto medio ($d = ,40$) a uno grande ($d = ,80$) tras el tratamiento en comparación con la muestra de población general. Es decir, ambos clústers responden estadísticamente de forma diferente, mejorando el grupo más grave y empeorando levemente el más leve ($F = 7,255$; $p = ,009$). Esto puede deberse a que los tratamientos aplicados se centran en los problemas de regulación emocional específicos del TPL, siendo la gestión de la tristeza patológica un objetivo muy trabajado en la terapia. Por lo contrario, el

Clúster 2, es posible que, al partir de puntuaciones clínicas, pero algo más cercanas a las de la población general no obtuviera beneficios de un tratamiento muy centrado en la sintomatología más grave del TPL.

Respecto a la segunda variable estudiada, el Afecto Positivo y Negativo evaluada a través del PANAS (Watson, Clark y Tellegen, 1988; Sandín, y cols., 1999) lo vamos a analizar por separado, primero el Afecto Positivo (AP) y posteriormente el Afecto Negativo (AN). Respecto al AP, el Clúster 1 de personas “gravemente afectadas” obtuvo una media previa al tratamiento de 18,62 (DT = 6,51), pasando tras la intervención a una media de 22,88 (DT = 8,01), aún por debajo de la media poblacional (pasando de una $d = 1,86$ a una $d = 1,05$, ambos tamaños del efecto grandes), empeorando de forma significativa tras el tratamiento ($p < ,001$). Por otro lado, el Clúster 2 de personas “levemente afectadas” obtuvo una media pre-tratamiento de 31,69 (DT = 7,58), pasando a 29,63 (DT = 10,25). La media en población general es de 30,37 (DT = 6,08), lo cual nos indica que el subtipo de “gravemente afectados” presentaba un nivel por debajo de la media la población general en AP antes de la intervención y mejoró significativamente tras la intervención ($p < ,001$), pero seguía siendo una puntuación clínica con un gran tamaño del efecto en comparación con la media de la población general ($d = 1.05$). En cambio, el subtipo de “levemente afectados” presentaba un AP en el pre por encima de la media de población general (con un tamaño del efecto pequeño: $d = 0,19$) y tras el tratamiento empeoró (aunque no de forma significativa: $p < ,225$ y el tamaño del efecto continuó siendo pequeño: $d = 0,09$). Es decir, ambos clústers responden significativamente de forma distinta ante el tratamiento psicológico, mejorando el grupo más grave y empeorando el más leve ($F = 5,899$; $p = ,018$).

En cuanto al Afecto Negativo (AN), sucedió justo lo contrario. Es decir, el Clúster 1 de “gravemente afectados” presentaba, antes de someterse al tratamiento, una media de 34,47 (DT = 8,86) y, después, descendió a 29,63 (DT = 10,63), de forma significativa ($p < ,001$; con un tamaño del efecto grande: $d = 1,49$ y pasando a una $d = 0,78$ tras el tratamiento) y el clúster 2 de “levemente afectados” pasó de una media pre-tratamiento de 21,06 (DT = 6,13) a 23,13 (DT = 7,43) en el post-tratamiento (no significativamente: $p < ,140$), cuando la media en población general para esta variable es de 22,69 (DT = 6,83), es decir partía

de una media más baja que la de la población general (con un tamaño del efecto pequeño: $d = 0,25$) y empeoró tras la intervención ($d = 0,06$). Esto nos indica que el Clúster 1 mejoró tras el tratamiento mientras que el Clúster 2 empeoró, es decir, ambos subtipos también respondieron de forma diferente ante el tratamiento (ya fuera DBT o TAU) de forma estadísticamente significativa ($F = 5,513$; $p = ,022$).

Estos resultados en el PANAS podrían deberse básicamente a la misma explicación que para el BDI. Estos resultados son indicativos de que los tratamientos aplicados están diseñados sobre todo para TPL grave.

La tercera variable analizada fue la Regulación Emocional, evaluada a través del ERQ (Gross y John, 2003; Salguero y cols., 2013). Esta medida se divide en la subescala de Reevaluación Cognitiva y la de Supresión Emocional, las cuales analizaremos por separado. En cuanto a la primera, el Clúster 1 de personas “gravemente afectadas” obtuvo una media de 17,88 (DT = 6,82) antes de la intervención psicológica, pasando a 20,72 (DT = 7,85) y el Clúster 2 de “levemente afectados” obtuvo una media pre-tratamiento de 28,81 (DT = 6,23) pasando a 23,81 (DT = 9,59) después del procedimiento terapéutico, mientras que la media de la población general es de 30,22 (DT = 6,49), por lo que el subtipo de gravemente afectados estaba por debajo antes de la intervención ($d = 1.85$) y mejoró significativamente ($p < ,012$), pero siguió con una puntuación clínica con un efecto del tamaño respecto a la muestra de población general grande ($d = 1.32$) y el clúster de levemente afectados que empezó ligeramente por debajo de la media de la población general ($d = 0,21$) empeoró significativamente ($p < ,048$) y acabó con una puntuación aún más clínica en comparación con la población general con un efecto del tamaño grande ($d = 0,78$). Es decir, en esta variable ambos clústers también respondieron al tratamiento de forma distinta significativamente, ya que el Clúster 1 volvió a mejorar y el más leve, el Clúster 2, volvió a empeorar tras el tratamiento ($F = 8,628$; $p = ,005$).

En cuanto a esta variable, los propios autores del cuestionario la definen como la creación de nuevos significados a un suceso para así, o bien neutralizar el impacto negativo emocional, o amplificar su impacto positivo (Gross y John, 2003). Las investigaciones científicas muestran resultados bastante consistentes

indicando que se trata de una estrategia de regulación emocional adaptativa, que ayuda al paciente a regular sus emociones de un modo funcional sin recurrir a conductas que pueden conllevar consecuencias graves como conductas parasuicidas o autolesiones (Navarro-Haro, Wessman, Botella y García-Palacios, 2015). Además, está relacionado con un aumento en el afecto positivo y un decremento del negativo (Gross y John, 2003), por lo que los resultados hallados para el clúster 1 son coherentes, pero no así los del clúster 2, ya que esperábamos que mejoraran menos que el clúster 1. Sin embargo, tras el tratamiento han empeorado levemente sus puntuaciones en reevaluación. Esto podría deberse precisamente al hecho de haber empeorado sus puntuaciones en depresión, afecto positivo y negativo influyendo de este modo en su capacidad para realizar reevaluaciones cognitivas de sus experiencias.

Respecto a la subescala de Supresión Emocional, se refiere a la inhibición de los signos externos de los sentimientos internos y se suele considerar generalmente desadaptativa (Gross, 2002) y en este estudio se han obtenido resultados un tanto confusos, ya que se observa que mientras la media en población general es de 12,07 (DT = 5,97), el Clúster 1 de "gravemente afectados" presentó una media de 12,78 (DT = 6,04) antes del tratamiento, la cual implica un tamaño del efecto pequeño respecto a la media de la población general ($d = 0,12$) y tras la intervención bajó a 11,40 (DT = 6,22), no siendo esta diferencia significativa ($p < ,072$) con un tamaño del efecto también pequeño respecto a la media poblacional ($d = 0,11$); y el clúster 2 de "levemente afectados" partió esta vez de una puntuación ligeramente más alta que la media de la población general de 16,13 (DT = 5,56) con un tamaño del efecto medio-grande ($d = 0,70$) y pasó a una media de 13,56 (DT = 6,19) tras la intervención, siendo esta diferencia significativa ($p < ,047$) y con un tamaño del efecto pequeño respecto a la población general ($d = 0,25$). Aquí se observa que ambos subtipos respondieron de forma similar (ambos disminuyeron su puntuación tras la intervención) y no hubo diferencias significativas entre ambos clústers en su respuesta al tratamiento ($F = 0,415$; $p = ,522$).

La literatura muestra que el ERQ es un instrumento válido y fiable, también en su versión española para muestras con TPe y TPL (Marco, Fernandez-Felipe, Fonseca, Garcia-Palacios, Baños, y Guillen, 2021). De las dos variables que

evalúa, como ya hemos comentado anteriormente, la literatura científica defiende que la reevaluación es una estrategia de regulación emocional funcional, mientras que se suele considerar que es mejor no suprimir las emociones (Navarro-Haro y cols., 2015) porque una alta supresión se relaciona con mayor afecto negativo, mayores niveles de depresión y con una menor expresión de las emociones positivas (Gross y John, 2003). Por lo que se ve en clínica, en general esto suele ser así siempre que la persona cuente con las estrategias adecuadas para expresarlas de un modo apropiado al contexto, de forma funcional y adaptativa. Se ha de tener en cuenta que los propios autores del cuestionario (Gross y John, 2003) indican que la variable de supresión de la expresión de la emoción hace referencia al aspecto “conductual” de la expresión de la emoción (p. 349). Esto explicaría los datos contradictorios (o más confusos) que se suelen encontrar en la literatura al respecto de esta variable (Bonanno y Burton, 2013; Chapman, Rosenthal y Leung, 2009; Salsman y Linehan, 2012). Por tanto, es importante tener en cuenta que el contexto en el que se implementan las estrategias de regulación emocional juega un papel muy relevante que va a determinar el valor adaptativo de las emociones (McRae, 2016), ya que quizá ser capaz de suprimir las emociones intensas en una situación determinada puede ser beneficioso en un momento concreto, si resulta que la persona está controlando su impulso a realizar una conducta desadaptativa (Crespo-Delgado, Suso-Ribera y García-Palacios, 2020) que puede desencadenar unas consecuencias aún peores en una situación concreta. De hecho, ser capaz de hacer la conducta contraria a la que te impulsa la emoción cuando las consecuencias de esta van a ser disfuncionales o desadaptativas, se considera una habilidad en tratamientos específicos como la DBT (una de las reglas para “sobrevivir a las crisis es no empeorar la situación”) o en el Protocolo Unificado (“hacer la conducta opuesta a la que te impulsa la emoción”). También es necesario hacer hincapié en que esta variable fue la única en la que ambos clústers de TPL y la población general obtuvieron puntuaciones similares, lo que nos hace pensar que quizá, tal y como indicaban Chapman y cols., (2009), esta estrategia puede resultar útil en ciertas situaciones y no tanto en otras y por tanto, no ser tan desadaptativa como se pensaba inicialmente (Crespo-Delgado y cols., 2020), o también podría ser que la supresión emocional sea una “estrategia de regulación emocional” utilizada por

la población general (aunque sea desadaptativa), por lo que entonces no sería tan característica, única y exclusiva de personas con TPL. Por esto es necesario seguir profundizando en esta área de investigación. En cuanto a las implicaciones clínicas respecto a esta variable, resulta muy conveniente realizar una buena evaluación inicial, pero especialmente continua, con el fin de evaluar cómo reacciona la persona ante las situaciones a las que se enfrenta y valorar si las respuestas conductuales que suele llevar a cabo son adaptativas y funcionales o no, con el fin de personalizar el tratamiento lo máximo posible a las necesidades de la persona.

La siguiente variable a analizar es la de Autoeficacia (Sherer y cols., 1982; Sanjuán y cols., 2000). En este caso, la media en la población general en esta variable es de 65,02 (DT = 12,23) y el Clúster 1 de “gravemente afectados” obtuvo una media previa al tratamiento de 19,69 (DT = 7,92), con un alto tamaño del efecto en comparación con la población general ($d = 4,40$) pasando tras la intervención a una puntuación de 19,76 (DT = 8,79), cuya diferencia fue significativa estadísticamente hablando ($p < ,001$), manteniendo un alto tamaño del efecto con la población general ($d = 4,25$). Mientras que el Clúster 2 de “levemente afectados” obtuvo una media en el pre de 26,81 (DT = 6,97), más baja también que la de la población general con un tamaño del efecto grande ($d = 3,84$), no mejorando significativamente ($p < ,318$) tras la intervención pasando a una media de 28,19 (DT = 8,58) con un tamaño del efecto grande ($d = 3,49$), y no llegando a haber diferencias significativas en su respuesta al tratamiento frente al clúster 1 ($F = 0,247$; $p = ,621$). Ambos grupos mejoraron tras la intervención, pero se mantuvieron muy por debajo de la media de la población general tanto en el pre como en post-tratamiento, lo cual nos indica que la percepción subjetiva de autoeficacia que tenían de sí mismas tras el programa de tratamiento seguía siendo baja. Es posible que la autoeficacia sea una variable de difícil mejora en poblaciones con un trastorno de personalidad cuyas consecuencias en diferentes áreas de su vida son generalmente significativas. Además, es importante señalar que el tratamiento tuvo una duración de 6 meses. Es posible que sea necesario un tratamiento de mayor duración para generalizar la aplicación de las estrategias aprendidas en la terapia y afianzar cambios que incidan en la sensación de autoeficacia. De hecho, en la DBT estándar se

propone que la fase 1 tenga una duración de alrededor de un año (Linehan, 1993).

En cuanto a la siguiente variable, el Rasgo de Ira, evaluado mediante el cuestionario STAXI-2 (Spielberger, 1996; Miguel-Tobal y cols., 1999; 2001), la media para la población general es de 21,57 (DT = 5,25) y los datos de este estudio muestran que el Clúster 1 de personas “gravemente afectadas” obtuvo una media de 29,42 (DT = 7,09) antes del tratamiento, lo cual implica un tamaño del efecto grande respecto a la media poblacional ($d = 1,26$) y descendió a 25,81 (DT = 8,80) tras la intervención, también por encima de la media poblacional aunque con un tamaño medio ($d = 0,59$), siendo esta diferencia significativa entre el pre y el post ($p < ,001$). Sin embargo, en el Clúster 2 de personas “levemente afectadas” partieron de una puntuación media de 20,94 (DT = 4,60), lo cual supone un tamaño del efecto pequeño respecto a la media de la población general ($d = 0,13$) y tras la intervención se obtuvo una puntuación de 20,94 (DT = 7,24), lo cual supone una diferencia, pero no alcanza la significación ($p < 0,500$) con un tamaño del efecto pequeño respecto a la media poblacional ($d = 0,10$). Es decir, mientras que el grupo de gravemente afectados sí que mejoraron significativamente en el post-tratamiento, el grupo de levemente afectados prácticamente se mantuvo igual que antes del tratamiento y, teniendo en cuenta que el clúster 2 ya partían de puntuaciones medias de población general, estos datos nos indican que en parte sí hubo una respuesta distinta ante el tratamiento, aunque no tan significativa como en otras variables ($F = 3,63$; $p = ,062$).

La ira está relacionada con mayor gravedad de la sintomatología, con peor calidad de vida y peor respuesta al tratamiento (Casiello-Robbins y Barlow, 2016), pero también con menor nivel de reevaluación. En dispositivos médicos y en centros psicosociales para personas con trastorno mental grave, las personas con TPL suelen mostrar mayor número de conductas disruptivas de ira fuera de control como puede ser romper cosas, gritar, chillar y amenazar (Sansone, Farukhi y Wiederman, 2011), que pueden llevar finalmente a la agresión abierta (Bertsch, Krauch, Roelofs, Cackowski, Herpertz y Volman, 2019).

En nuestro estudio, los resultados esperados eran que ambos grupos mejoraran tras el tratamiento, pero de nuevo nos encontramos con que el clúster 1 mejora tras el tratamiento y el clúster 2 se mantiene en puntuaciones similares

a las de la población general tanto antes como después de la intervención, lo cual podría explicarse porque sus puntuaciones antes de la intervención ya eran muy similares a la media poblacional, por lo que no cabía mucho margen de mejora. Esto implica a nivel clínico que sería necesario hacer mayor incidencia en esta variable en el clúster de pacientes más gravemente afectados con el fin de que mejoraran y redujeran el número de conductas disruptivas (*acting out*, en general) y no sería una variable tan relevante a trabajar en el clúster de personas más levemente afectadas.

En cuanto a la variable Regulación de la Ira, se evaluó mediante el Índice de Expresión de Ira (IEI) del STAXI-2 (Spielberger, 1996; Miguel-Tobal y cols., 1999; 2001), que como ya se ha comentado en el apartado de “instrumentos”, es el resultado de una fórmula matemática de las 4 siguientes subescalas: Expresión Externa de Ira, Expresión Interna de Ira, Control Externo de Ira y Control Interno de Ira y de ahí la nomenclatura de “Regulación de Ira” en este estudio. Según los datos normativos, la media de esta variable en población general española es de 31,69 (DT = 9,44) y el Clúster 1 de “gravemente afectados” obtuvo una puntuación de 46,18 (DT = 10,85) antes del tratamiento, lo cual supone un tamaño del efecto grande ($d = 1,42$) y descendió significativamente ($p < ,004$) a una media de 41,88 (DT = 12,11) posteriormente, con un tamaño del efecto grande igualmente ($d = 0,94$), mientras que el Clúster 2 de “levemente afectados” obtuvo una puntuación pre-tratamiento de 30,00 (DT = 8,28) con un tamaño del efecto respecto a la población general pequeño ($d = 0,19$), disminuyendo no significativamente ($p < ,426$) a 29,25 (DT = 14,21) tras el programa de intervención con un efecto del tamaño igualmente pequeño en comparación con la población general ($d = 0,20$). Es decir, el Clúster 1 de “gravemente afectados” mejora tras el tratamiento y el Clúster 2 partía de puntuaciones por debajo de la media de la población general y se mantuvo ahí tras la intervención, por lo que no responden ambos grupos de modo muy distinto ante el tratamiento ($F = 1,024$; $p = ,316$).

Puede resultar confuso el resultado del Clúster 1 en un principio, pero si se tiene en cuenta las instrucciones del manual se comprende mejor, ya que dice literalmente que:

“los sujetos que puntúan alto en el IEI experimentan intensos sentimientos de ira que pueden ser suprimidos o expresados en conductas agresivas (o producirse ambos hechos). La manera más frecuente con que un sujeto expresa la ira puede estar moderada por las relativas elevaciones de sus puntuaciones en Expresión Física de la Ira y la Expresión Externa. Las personas con puntuaciones altas en esta escala y, a la vez, en Expresión Externa y Expresión Física, probablemente tienen dificultades en las relaciones interpersonales y un gran riesgo de desarrollar trastornos médicos.”

(Miguel-Tobal y cols., 2001; pg. 30)

Por tanto, entendiendo que puntuaciones altas en este escala podría deberse a la Expresión Física de la Ira y su Expresión Externa, teniendo en cuenta la variable de supresión emocional y que disminuyen tanto el número de hospitalizaciones como los intentos de suicidio en el clúster 1, se podría comprender que también disminuyeran las puntuaciones de esta escala, ya que parece que disminuya el nivel de “*acting out*” que presentaban antes del tratamiento y no que disminuya el nivel de “Regulación Emocional” tal y como se podría entender con el nombre de la variable. Ese decremento del “*acting out*” tras la intervención también se ha observado en otros estudios centrados en la ira y la expresión abierta de la misma (Bertsch, Krauch, Roelofs, Cackowski, Herpertz y Volman, 2019; Sansone, Farukhi y Wiederman, 2011). No obstante, habría que confirmar toda esta información contrastándola con los niveles de estas personas en la subescala de Expresión Física de la Ira y su Expresión Externa para confirmar que efectivamente podemos interpretar estos resultados de este modo y seguir profundizando en esta área.

La siguiente variable a analizar es la Escala de Experiencias Disociativas evaluada mediante el cuestionario DES (*Dissociative Experience Scale-DES-II*; Bernstein y Putnam, 1986; Carlson y Putnam, 1993; Icarán y cols., 1996), en la que la media en población general es de 1,64 (DT = 1,3). La puntuación media del Clúster 1 de “gravemente afectados” es de 2,59 (DT = 1,92), lo cual implica un tamaño del efecto entre medio y grande respecto a la media poblacional ($d = 0,73$), pasando a 2,63 (DT = 1,97) no siendo esta diferencia significativa ($p < ,416$), manteniendo un efecto del tamaño similar al pre ($d = 0,74$); y el Clúster 2 de “levemente afectados” obtuvo en el pre una puntuación media de 2,10 (DT

= 1,32) con un tamaño del efecto medio ($d = 0,53$) descendiendo significativamente ($p < ,014$) a una media de 1,65 (DT = 1,16) en el post-tratamiento con tamaño del efecto pequeño en comparación con la población general ($d = 0,20$). Estos resultados son contrarios a los obtenidos hasta ahora en el resto de variables, puesto que el Clúster 1 de “gravemente afectados” generalmente mejoraba tras el tratamiento, mientras que en este caso ha empeorado (aunque no significativamente), y sin embargo el Clúster 2 ha mejorado significativamente tras la intervención pasando a puntuaciones como las de la media de la población general y, aunque la respuesta al tratamiento tendió a ser diferente tal y como muestra los datos y la gráfica, las diferencias no fueron significativas ($F = 1,62$; $p = ,21$). Es posible que estos datos se deban a que, según algunos estudios, un tercio de la población con TPL estudiada sigue presentando sintomatología disociativa tras el tratamiento, especialmente cuando estas personas presentaban algún trauma asociado al trastorno (Zanarini, Frankenburg, Jager-Hyman, Reich y Fitzmaurice, 2008). Sería necesario contrastar esta información con los datos de la muestra estudiada.

Respecto al número de hospitalizaciones en los últimos 6 meses, el Clúster 1 de personas “gravemente afectadas” presentaron una media de 1,20 (DT = 2,17) en los últimos 6 meses y tras el tratamiento descendieron a 0,31 (DT = 0,61), la cual es una diferencia significativa ($p < ,014$); y el Clúster 2 de personas “levemente afectadas” partieron de 0,93 hospitalizaciones (DT = 1,64) previa a la intervención y descendió a 0,71 (DT = 1,64) tras el tratamiento, no siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < ,169$). Ambos clústers respondieron igual al tratamiento en esta variable ($F = 1,40$; $p = ,240$). Es decir, ambos clústers mejoraron tras el tratamiento, lo cual es congruente con la literatura al respecto (Navarro-Haro, Botella y cols., 2018; Navarro-Haro, Guillén-Botella y cols., 2021).

En cuanto al número de intentos de suicidio en los últimos 6 meses, ambos clústers partieron de medias similares antes del tratamiento (clúster 1: $M = 0,52$ y $DT = 1,13$; clúster 2: $M = 0,54$ y $DT = 1,05$) y posteriormente ambos descendieron también a datos similares (clúster 1: $M = 0,29$ y $DT = 0,61$); clúster

2: $M = 0,31$ y $DT = 0,63$), no siendo significativas las diferencias entre el pre y el post-tratamiento en ninguno de ellos (clúster 1: $p < ,406$; clúster 2: $p = ,169$). Por tanto, vistos estos datos tampoco hubo una respuesta diferente al tratamiento según el clúster entre el pre y el post-tratamiento ($F = 0,000$ $p = 1,00$). Las posibles hipótesis para estos resultados podrían ser las mismas que para el número de hospitalizaciones, ya que es más que probable que, en la mayoría de los casos, los intentos de suicidio conllevaran llamadas a urgencias y, consecuentemente, el uso del ingreso hospitalario para poder abordarlas apropiadamente.

En términos absolutos, aunque no hay diferencias significativas, tanto el número de intentos de suicidio como el número de hospitalizaciones han decrecido en mayor medida en el clúster 1 de “gravemente afectados”, lo cual nos vuelve a dirigir hacia la idea de que los tratamientos específicos son más eficaces con las personas gravemente afectadas lo que indica la necesidad de realizar una buena evaluación inicial para valorar si la persona realmente necesita un tratamiento específico complejo como la DBT o si, quizás, en un grupo homogéneo menos severo con otro tratamiento menos complejo se consigan resultados más óptimos.

De todos estos resultados, lo primero que llama la atención es que uno de los clústers no mejore tras el tratamiento en muchas de las variables clínicas analizadas, independientemente del tratamiento recibido (DBT o TAU). No obstante, este resultado se puede entender si tenemos en cuenta la literatura científica previa que indica que la DBT se muestra eficaz especialmente en pacientes graves de TPL con tendencia a conductas suicidas, autolesivas y con “*acting out*” (conductas agresivas, relacionadas con la impulsividad y el rasgo de ira) (Guillén-Botella y cols., 2021). También es cierto que, en bastantes ocasiones, muchos de los pacientes que empiezan tratamiento DBT suelen hacerlo después de tratamientos psicológicos y/o psiquiátricos previos con los que no han mejorado y tras una escalada de sintomatología que ha sido difícil de manejar desde los servicios de salud mental a los que acudían (Perseius, Öjehagen, Ekdahl, Åsberg, y Samuelsson, 2003). De hecho, en la Comunidad Valenciana, y más concretamente en Castellón, esto sucede de igual modo en

los servicios públicos de salud, dado que cualquier paciente que acuda a su Unidad de Salud Mental correspondiente solo puede acceder gratuitamente a los servicios especializados en Trastornos de Personalidad (como los ofrecidos en el centro PREVI) con una prescripción psiquiátrica tras 2 años de tratamiento sin haber mostrado mejoría objetiva. Esto puede hacer que, en muchas ocasiones, estas pacientes provenientes de la red pública de salud mental lleguen a un centro especializado en DBT con sintomatología más grave que aquellas que acuden al mismo centro por primera vez de forma privada (porque quizá lo hayan conocido antes o porque económicamente se lo puedan permitir), pudiendo pasar a formar parte del mismo grupo de terapia.

Si bien la literatura nos indica que sería conveniente utilizar tratamientos estándar con validez científica (como la DBT) con personal formado y entrenado para ello específicamente, porque sería más costo-efectivo que utilizar el tratamiento habitual (Pasieczny y Connor, 2011), también es cierto que tratamientos más cortos en los que, generalmente, solo se utilizan terapia grupal, como el programa STEPPS (Blum y cols., 2002), son también eficaces en el manejo del TPL (Blum y cols., 2008, Guillen-Botella y cols., 2021). Sin embargo, quizá resulten insuficientes para subtipos gravemente afectados por el trastorno. En este sentido, sería más eficiente apostar por tratamientos estándar empíricamente validados como la DBT o la MBT para este subtipo de personas con TPL grave, que suponen la derivación a centros especializados cuyos miembros están altamente formados en estos tratamientos tan específicos y que cuentan con terapia individual y grupal. Por otro lado, para pacientes de subtipo levemente afectados, sería más conveniente utilizar tratamientos más eficientes en cuanto a tiempo y recursos humanos (además de más económicos en cuanto a formación de los profesionales), que también hayan demostrado ser eficaces en disminuir la sintomatología del TPL y se apliquen únicamente en formato grupal, como el programa STEPPS o el Protocolo Unificado, que son más fáciles de aplicar y no es necesaria tanta formación de los psicólogos.

Estas diferencias individuales en la respuesta a los tratamientos psicológicos, en este caso según el perfil psicopatológico inicial, también ha llevado a la comunidad científica a realizar estudios de desmantelamiento (aunque escasos) para analizar “qué módulos del tratamiento, estrategias o

técnicas son las realmente efectivas para la mejora de la sintomatología del TPL” (Linehan y cols., 2015), pero los resultados no son definitivos y es necesaria más investigación sobre el desmantelamiento de los distintos tratamientos para evaluar su eficiencia. Por otro lado, quizá no sea cuestión de conocer la eficacia de alguna de las partes de un tratamiento concreto y no haga falta más estudios de desmantelamiento, sino analizar a qué subtipo de pacientes TPL les resulta suficientemente eficaz únicamente, por ejemplo, el programa STEPPS, el Protocolo Unificado o el módulo de habilidades de la DBT y qué subtipos necesitan el tratamiento de DBT estándar (u otro con evidencia científica), más complejo, largo y completo.

*

*

*

Uno de los aspectos más importantes que se pueden desprender de este trabajo es la aplicabilidad clínica de los resultados obtenidos. La experiencia clínica, tanto en unidades especializadas como en contextos comunitarios (donde se encuentran las pacientes con clínica más grave junto con otros problemas psicosociales asociados) parece mostrar que los programas más breves y grupales se quedan “cortos” para abarcar la complejidad de la realidad biopsicosocial de este tipo de pacientes. En este sentido, por ejemplo, en PREVI (en las 3 provincias de la Comunidad Valenciana) hace ya algún tiempo que se viene utilizando la DBT para pacientes con sintomatología más grave y el programa STEPPS para pacientes más leves, a pesar de que no existiera una evidencia científica en la literatura a este respecto (Guillén-Botella y cols., 2021). No obstante, el entrenamiento en DBT (o cualquier otro tratamiento especializado en TPL) es costoso y son pocos los profesionales de la red pública o de consultas privadas que están formados en este tipo de terapia (Guillén-Botella y cols., 2021). Sería aconsejable que estas pacientes fueran tratadas en alguna unidad (pública o privada) que estuviera especializada en este tipo de trastorno con profesionales formados y entrenados en alguna de las intervenciones empíricamente validadas. Si fuera pública, nos podríamos encontrar con el obstáculo de la poca especialización de los profesionales del

Sistema Nacional de Salud y, en muchos casos, la reticencia a convertirse en unidad especializada de TPL (o de trastornos de personalidad, en general), dado lo costoso en tiempo, dinero y esfuerzo personal que resulta el entrenamiento especializado en DBT (Guillén-Botella y cols., 2021). Son las administraciones públicas autonómicas, que tienen transferidas las competencias en sanidad, las responsables de organizar e implementar las políticas en salud mental que podrían facilitar el acceso de estas pacientes a unidades especializadas sin coste alguno y mejorar de este modo la calidad del servicio en salud mental de nuestro Sistema Nacional de Salud.

Por otro lado, aquellas pacientes con clínica más leve podrían beneficiarse de tratamientos más cortos en formato grupal como el programa STEPPS (Blum y cols., 2002) cuya eficacia ya ha sido empíricamente validada e incluida en las Guías Internacionales de Buenas Prácticas (NICE, 2018) o como el PU de Barlow (2011) tal y como se está empezando a demostrar en estudios como el de Sauer-Zavala y cols. (2021). Todo esto nos conduce a la más que probable necesidad de evaluar a las pacientes previamente a la derivación a un tipo de tratamiento u otro para que puedan recibir el tratamiento con mayor coste-efectividad para ellas y después personalizar los tratamientos en función de sus características y necesidades.

La alternativa de derivarlas a una unidad o centro privado especializado parece la solución más fácil, cómoda y factible a corto plazo, dado que es lo que ya se viene haciendo. Lo único aconsejable sería que se redujeran los tiempos de espera hasta que se derivara a la persona a la unidad especializada y realizar una buena evaluación con escalas específicas “universales” y validadas, tal y como se sugiere en la revisión Cochrane de Storebø y cols. (2020) para ofrecer el tratamiento que se le acople mejor según la gravedad de los síntomas, en vez de derivarla al cabo de dos años (y a veces mucho más) a instancias de la propia solicitante o de los agentes psicosociales comunitarios que la atienden en su día a día (generalmente no tienen conocimiento de dicha posibilidad). No obstante, sabemos que las soluciones “a corto plazo” a veces no dejan de ser un parche de corto recorrido y, seguramente, una solución más apropiada a largo plazo sería contar con la figura del psicólogo en Atención Primaria dentro de nuestro

Sistema Nacional de Salud con el fin de que pudiera hacer una adecuada evaluación y, en función de la gravedad de la sintomatología, las pacientes pudieran derivarse directamente a tratamientos más costo-efectivos, como el programa STEPPS, que se podría realizar en el propio centro de salud primaria, por parte del propio psicólogo (puesto que la formación en este tipo de tratamientos es menos costosa). Por otro lado, aquellas pacientes con sintomatología más grave también podrían ser derivadas directamente, desde Atención Primaria, a una unidad especializada en tratamientos estándar más complejos como la DBT, o cualquier otro tratamiento específico para el TPL (ya fuera MBT, SFT o TFP) dado que en la última revisión realizada respecto a las psicoterapias especializadas para TPL (Storebø y cols., 2020) se observa que todas se muestran eficaces y no parece haber claras diferencias entre ellas en este sentido.

Obviamente, a corto plazo, esta alternativa sería más costosa económicamente y en cuanto a esfuerzo, puesto que implicaría ampliar la figura del psicólogo a los centros de atención primaria y formarles en programas como PU o STEPPS y formar a los psicólogos y psiquiatras de las unidades de salud mental en DBT (u otra) para tratar a las diferentes pacientes que les fueran derivando desde los distintos dispositivos.

5. Conclusiones finales. Fortalezas, limitaciones y líneas futuras

De modo general, en este trabajo se ha abordado el Trastorno de Personalidad Límite, desde su concepto y diagnóstico a lo largo del tiempo hasta llegar al análisis de las investigaciones sobre los subtipos de este problema tan complejo. El objetivo general de este trabajo consistía en avanzar en la investigación dentro del área de subtipos del TPL y su respuesta al tratamiento con el fin de que las personas que presentan este trastorno obtengan la intervención más adecuada en función de la gravedad de sus síntomas. Según nuestros resultados, una de las principales conclusiones a las que podemos llegar a través de este estudio es que, tras realizar la evaluación clínica inicial, es importante separarlas en distintos grupos de tratamiento en función de su

gravedad clínica. Una de las hipótesis que justifican esta separación es que los “levemente afectados” pueden empeorar su clínica al realizar la intervención terapéutica junto con los “gravemente afectados” y adoptar algunas de las estrategias de regulación emocional disfuncionales que suelen utilizar estos últimos. Otra hipótesis es que los tratamientos especializados como la DBT sean especialmente eficaces para conductas concretas más graves que realizan personas severamente afectadas como indican los resultados hallados por Navarro-Haro y colaboradores (2018 y 2020), pero no lo sean para los levemente afectados y para ese grupo sea más eficaz realizar tratamientos más breves como podría ser el STEPPS (Blum, 2002).

Una de las principales fortalezas de este trabajo es que sea un estudio controlado, con población clínica y que conlleve un tratamiento de 6 meses, ya que no muchos estudios de estas características están controlados o resulta complicado encontrar a muestra clínica suficiente como para realizarlos y por tanto se llevan a cabo con muestra subclínica o sin opción de llevar a cabo un tratamiento. Esto último no era el objetivo de este trabajo, y ya los resultados obtenidos mostraron la superioridad del tratamiento especializado frente al Tratamiento Habitual para este tipo de trastorno.

En cuanto a las limitaciones del estudio, podemos incluir el tipo de instrumentos utilizados, ya que quizá se podrían haber utilizado otros más específicos del TPL, como el BSL-23 (Bohus y cols., 2009) y cuya validación española está hecha por Soler y cols. (2013). Y otra de las limitaciones es el hecho de no haber podido hacer análisis en función del Clúster y del tipo de tratamiento realizado (DBT Vs TCC). Se intentó llevar a cabo, pero los grupos no eran lo suficientemente grandes como para realizar análisis estadísticos que fueran relevantes y pudieran ser tomados estadísticamente en consideración. Además de no ser este un objetivo principal del estudio, teniendo en cuenta que en ambos clusters había el mismo número de personas con ambos tipos de tratamiento, el hecho de no poder diferenciar por tipo de tratamiento (2 clusters x 2 tipos de tratamiento), no debería ser una limitación que invalidara las conclusiones presentadas en el trabajo. Sí que debemos ser cautos, sin embargo, a la hora de recomendar DBT o TCC diferencialmente según el nivel de gravedad inicial de las personas con TPL, ya que estos análisis en particular

no han podido ser llevados a la práctica.

En cuanto a las futuras líneas de investigación, a la luz de los hallazgos, parece claro que es necesario hacer una buena evaluación con medidas estandarizadas, válidas y “universales” (Storebø y cols., 2020) y separar a las pacientes en función de dicha evaluación y la gravedad de la sintomatología, personalizando los programas de tratamiento en función de dichas características.

También sería necesario realizar más estudios controlados aleatorizados en los que se pudieran replicar los resultados hallados en este trabajo con una mayor muestra con el fin de comprobar que para el grupo de pacientes más graves, efectivamente, les resulta eficaz el programa de DBT completo y, para el grupo de pacientes más leves, les funciona igual de eficazmente un programa más sencillo como puede ser el STEPPS y así maximizar el coste-efectividad de los tratamientos.

Las conclusiones finales a las que se pueden llegar a través de este trabajo son las siguientes:

4. Se pueden hallar dos subtipos de Trastorno de Personalidad Límite en función de la gravedad de las variables clínicas depresión, afecto positivo, afecto negativo, reevaluación cognitiva y rasgo de ira: un subtipo de “levemente afectados” y otro subtipo de “gravemente afectados”.

5. Cada subtipo responde de forma distinta al tratamiento en cuanto a sus niveles de depresión, afecto positivo, afecto negativo, reevaluación negativa y, en menor medida, rasgo de ira.

6. El subtipo de gravemente afectados obtuvo mejoras significativas en todas las variables tras el tratamiento excepto en supresión emocional, experiencias disociativas e intentos de suicidio.

7. El subtipo de levemente afectados empeoró o no mejoró en depresión, afecto positivo, afecto negativo, reevaluación cognitiva y

rasgo de ira y solo obtuvo mejoras significativas tras el tratamiento en supresión emocional y experiencias disociativas.

8. Sería conveniente separar a los pacientes más graves de los más leves antes de la intervención y formar grupos homogéneos de terapia dado que su respuesta al tratamiento es distinta en muchas variables importantes para la evolución del trastorno.

9. Es necesario elaborar protocolos de evaluación con instrumentos y medidas válidas, más específicas para el TPL y universales con el fin de poder comparar entre los diferentes estudios y llegar a consensos.

ANEXOS

Anexo 1. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV

Anexo 2. Cuestionario *ad hoc* de datos clínicos relevantes

Anexo 3. Beck Depresión Inventory

Anexo 4. Positive and Negative Affect

Anexo 5. Emotion Regulation Questionnaire

Anexo 6. Escala General de Autoeficacia

Anexo7. State-Trait Anger Expression Inventory

Anexo 8. Dissociative Experiences Scale

Anexo 9. Hoja de consentimiento

Anexo 1. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)

**ENTREVISTA CLÍNICA
ESTRUCTURADA
PARA LOS TRASTORNOS
DE LA PERSONALIDAD
DEL EJE II DEL DSM-IV**

SCID-II

Michael B. First
Miriam Gibbon
Robert L. Spitzer
Janet B. W. Williams
Lorna Smith Benjamin

MASSON

Anexo 2. Inventario de información clínica relevante

INVENTARIO DE INFORMACIÓN CLÍNICA RELEVANTE

NOMBRE EVALUADOR:

NOMBRE PACIENTE:

EDAD: SEXO:

NIVEL DE ESTUDIOS:

OCUPACIÓN:

CÓDIGO:

ESTADO CIVIL:

DIAGNÓSTICO DSM-IV

EJE I:

EJE II:

EJE III:

EJE IV:

EJE V:

DURACIÓN APROXIMADA DEL TRASTORNO/S EN AÑOS:

ESTADO CLÍNICO DEL PACIENTE

Tratamientos psicológicos anteriores y duración:

.....
.....

Tratamiento farmacológico actual y duración:

.....
.....

Nº de ingresos hospitalarios totales:En los últimos seis meses:

Nº de intentos de suicidio totales:En los últimos seis meses:

Nº de conductas parasuicidas en los últimos 6 meses: En el último año:

Uso de tóxicos: SI NO Tipo: Frecuencia de uso:

Conductas desadaptativas de regulación del afecto (enumerar y frecuencia de cada conducta):

.....
.....
.....
.....

GRAVEDAD PERCIBIDA POR EL CLÍNICO

Teniendo en cuenta la información recabada en la evaluación, evaluaría la gravedad de este paciente como:

| | | | | | | | | |
|-----------------|---|------|---|----------|---|-------|---|--------------|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| Sin síntomas | | Leve | | Moderada | | Grave | | Muy grave |

ANTECEDENTES FAMILIARES

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

OTRA INFORMACIÓN RELEVANTE

.....
.....
.....

Anexo 3. Beck Depression Inventory

BDI-II

FECHA:

Nombre:.....Edad:.....Sexo:.....
Estado Civil:.....Profesión:.....Estudios:.....

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consiste en 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido **DURANTE LAS DOS ÚLTIMAS SEMANAS, INCLUYENDO EL DÍA DE HOY**. Rodee con un círculo el número que se encuentre escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro del mismo grupo, hay más de una afirmación que considere igualmente aplicable a su caso, señálela también. **Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.**

| | |
|---|--|
| <p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste habitualmente. 1 Me siento triste gran parte del tiempo. 2 Me siento triste continuamente. 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desanimado sobre mi futuro. 1 Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes. 2 No espero que las cosas mejoren. 3 Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3. Sentimientos de Fracaso</p> <p>0 No me siento fracasado. 1 He fracasado más de lo que debería. 2 Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso. 3 Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Disfruto de las cosas que me gustan tanto como antes. 1 No disfruto de las cosas tanto como antes. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba. 3 No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento especialmente culpable. 1 Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho. 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3 Me siento culpable constantemente.</p> | <p>6. Sentimientos de castigo</p> <p>0 No siento que esté siendo castigado. 1 Siento que puedo ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado</p> <p>7. Insatisfacción con uno mismo.</p> <p>0 Siento lo mismo que antes sobre mí mismo. 1 He perdido confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusta.</p> <p>8. Auto-Críticas</p> <p>0 No me critico o me culpo más que antes. 1 Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser. 2 Critico todos mis defectos. 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9. Pensamientos o Deseos de Suicidio</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de suicidio. 1 Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo. 2 Me gustaría suicidarme. 3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo. 1 Lloro más de lo que solía hacerlo. 2 Lloro por cualquier cosa. 3 Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> |
|---|--|

_____ Puntuación Página 1

CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE⇒

Copyright © por Aaron Beck y The Psychological Corporation. Adaptación española: J. Sanz, M.E. Navarro y C. Vázquez. Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid.

| | |
|--|---|
| <p>11. Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o agitado que de costumbre. 1 Me siento más inquieto o agitado que de costumbre. 2 Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar quieto. 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p> <p>12. Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés por otras personas o actividades. 1 Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades. 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas. 3 Me resulta difícil interesarme en algo.</p> <p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo decisiones más o menos como siempre. 1 Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre. 2 Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre. 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p> <p>14. Inutilidad</p> <p>0 No me siento inútil. 1 No me considero tan valioso y útil como solía ser. 2 Me siento inútil en comparación con otras personas. 3 Me siento completamente inútil.</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre. 1 Tengo menos energía de la que solía tener. 2 No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas. 3 No tengo suficiente energía para hacer nada.</p> <p>16. Cambios en el Patrón de Sueño.</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi patrón de sueño.</p> <hr/> <p>1a Duermo algo más de lo habitual. 1b Duermo algo menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Duermo mucho más de lo habitual. 2b Duermo mucho menos de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a Duermo la mayor parte del día. 3b Me despierto 1 o 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.</p> | <p>17. Irritabilidad</p> <p>0 No estoy más irritable de lo habitual. 1 Estoy más irritable de lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable de lo habitual. 3 Estoy irritable continuamente.</p> <p>18. Cambios en el Apetito</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.</p> <hr/> <p>1a Mi apetito es algo menor de lo habitual. 1b Mi apetito es algo mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>2a Mi apetito es mucho menor que antes. 2b Mi apetito es mucho mayor de lo habitual.</p> <hr/> <p>3a He perdido completamente el apetito. 3b Tengo ganas de comer continuamente.</p> <p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2 Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo. 3 No puedo concentrarme en nada.</p> <p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que de costumbre. 1 Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre. 2 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer. 3 Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.</p> <p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar. 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora. 3 He perdido completamente el interés por el sexo.</p> |
|--|---|

_____ Puntuación Página 1

_____ Puntuación Página 2

_____ PUNTUACIÓN TOTAL (Págs. 1+2)

Anexo 4. Positive and Negative Affect Scale. PANAS

ESCALA DE AFECTO NEGATIVO Y POSITIVO

(Watson, Clark y
Tellegen, 1988)

- EVALUACIÓN INIC
- SEGUNDA EVALU,
- FINAL DE
TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO
MESES

Código: Fecha: Edad:

Género Mujer Hombre Entrevistador:.....

Positivo=
Negativo=

A continuación se indican una serie de palabras que describen sentimientos y emociones. Lea cada una de ellas y conteste hasta qué punto Vd. suele sentirse **HABITUALMENTE** de la forma que indica cada expresión.

Generalmente **me siento**:

| | NADA O CASI NADA | UN POCO | BASTANTE | MUCHO | MUCHÍSIMO |
|---------------------------------------|------------------------|------------|----------|-------|-----------|
| 1. Interesado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Tenso/a o estresado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Animado/a, emocionado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Disgustado/a o molesto/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Enérgico/a, con vitalidad | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Culpable | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Asustado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Enojado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Entusiasmado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Orgullosa/a de algo, satisfecho/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Irritable o malhumorado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Dispuesto/a, despejado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Avergonzado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Inspirado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Nervioso/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Decidido/a o atrevido/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Atento/a, esmerado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Intranquilo/a o preocupado/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Activo/a | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Temeroso/a, con miedo | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Anexo 5. Emotion Regulation Questionnaire

Emotion Regulation Questionnaire

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO MESES

NOMBRE.....

FECHA.....

Nos gustaría hacerte algunas preguntas acerca de tu vida emocional, en particular, acerca de cómo controlas (es decir, de cómo regulas y manejas) tus emociones. Las frases que te presentamos hacen referencia a dos aspectos distintos de tu vida emocional. Uno es tu experiencia emocional, es decir cómo te sientes interiormente. El otro aspecto es tu expresión emocional, es decir cómo se demuestran tus emociones en tu manera de hablar, de gesticular o de comportarte. Aunque algunas de las frases pueden parecer muy similares entre sí, se diferencian en aspectos importantes. Responde a cada una de ellas utilizando la siguiente escala:

| | | | | | | |
|-----------------------------|---|---|--------|---|---|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| Totalmente en desacuerdo | | | Neutro | | | Totalmente de acuerdo |

- ___ 1. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción *positiva* (como alegría o felicidad) *cambio lo que estoy pensando*.
- ___ 2. Me reservo mis emociones para mi mismo.
- ___ 3. Cuando quiero sentir menos intensamente una emoción *negativa* (como tristeza o enfado) *cambio lo que estoy pensando*.
- ___ 4. Cuando tengo emociones *positivas*, pongo mucho cuidado en no expresarlas.
- ___ 5. Cuando me enfrento a una situación estresante, intento *pensar sobre esa situación* de una forma que me ayude a mantener la calma.
- ___ 6. Controlo mis emociones, *no expresándolas*.
- ___ 7. Cuando quiero sentir más intensamente una emoción *positiva*, *cambio mi manera de pensar* acerca de la situación.
- ___ 8. Controlo mis emociones *cambiando mi manera de pensar* acerca de la situación en la que estoy.
- ___ 9. Cuando siento emociones *negativas*, me aseguro de no expresarlas.
- ___ 10. Cuando quiero sentir con menor intensidad una emoción *negativa*, *cambio mi manera de pensar* acerca de esa situación.

Anexo 6. Escala General de Autoeficacia

ESCALA GENERAL DE AUTOEFICACIA

Sherer, Maddux, Mercandante, Prentice-Dunn, Jacobs y Rogers (1982)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO MESES

| | | |
|---|----------------------|-------------|
| Código: | Fecha: | Edad: |
| Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre | Entrevistador: | |

| |
|---------------|
| INICIATIVA= |
| ESFUERZO= |
| PERSISTENCIA= |

Conteste rodeando con un círculo la alternativa (0, 1, 2, 3, 4) que mejor refleje la frecuencia con la que se dan en usted cada una de las siguientes formas de afrontar problemas, teniendo en cuenta la siguiente gradación:

| | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
|--|-----------------|----------------------|---------------------------|------------------------|-------------------|
| | Nunca me ocurre | Me ocurre alguna vez | Me ocurre bastantes veces | Me ocurre muchas veces | Siempre me ocurre |
| 1. Si algo parece muy complicado ni siquiera me molesto en intentarlo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Evito tratar de aprender cosas nuevas cuando parecen demasiado difíciles | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Cuando intento aprender algo nuevo, enseguida desisto si no tengo éxito pronto | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Cuando hago planes estoy seguro de que puedo cumplirlos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Si no puedo hacer un trabajo a la primera, sigo intentándolo hasta que lo consigo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Cuando tengo que hacer algo desagradable me dedico a ello hasta que lo acabo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Cuando decido hacer algo enseguida me pongo a ello | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. El fracaso hace que lo intente con más fuerza | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Cuando me marco metas importantes para mí raramente las consigo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. No me siento capaz de enfrentarme a la mayoría de los problemas que acontecen en mi vida | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Cuando aparecen problemas inesperados, no los manejo muy bien | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me siento inseguro acerca de mi capacidad para hacer cosas | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Anexo 7. State-Trait Anger Expression Inventory

STAXI – 2

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO: MESI

| |
|---|
| Código: Fecha: Edad: |
| Género <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre Entrevistador: |

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **COMO SE SIENTE AHORA MISMO**

| | | No, en absoluto | Algo | Moderadamente | Mucho |
|----|---|-----------------|------|---------------|-------|
| 1 | Estoy furioso | A | B | C | D |
| 2 | Me siento irritado | A | B | C | D |
| 3 | Me siento enfadado | A | B | C | D |
| 4 | Le pegaría a alguien | A | B | C | D |
| 5 | Estoy quemado | A | B | C | D |
| 6 | Me gustaría decir tacos | A | B | C | D |
| 7 | Estoy cabreado | A | B | C | D |
| 8 | Daría puñetazos a la pared | A | B | C | D |
| 9 | Me dan ganas de maldecir a gritos | A | B | C | D |
| 10 | Me dan ganas de gritarle a alguien | A | B | C | D |
| 11 | Quiero romper algo | A | B | C | D |
| 12 | Me dan ganas de gritar | A | B | C | D |
| 13 | Le tiraría algo a alguien | A | B | C | D |
| 14 | Tengo ganas de abofetear a alguien | A | B | C | D |
| 15 | Me gustaría echarle la bronca a alguien | A | B | C | D |

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **CÓMO SE SIENTE NORMALMENTE**

| | | No, en absoluto | Algo | Moderadamente | Mucho |
|----|--|-----------------|------|---------------|-------|
| 16 | Me caliento rápidamente | A | B | C | D |
| 17 | Tengo un carácter irritable | A | B | C | D |
| 18 | Soy una persona exaltada | A | B | C | D |
| 19 | Me molesta cuando hago algo bien y no me lo reconocen | A | B | C | D |
| 20 | Tiendo a perder los nervios | A | B | C | D |
| 21 | ME pone furioso que me critiquen delante de los demás | A | B | C | D |
| 22 | Me pongo furioso cuando hago un buen trabajo y se me valora poco | A | B | C | D |
| 23 | Me cabreo con facilidad | A | B | C | D |
| 24 | Me enfado si no me salen las cosas como tenía previsto | A | B | C | D |
| 25 | Me enfado cuando me tratan injustamente | A | B | C | D |

A continuación se presentan unas afirmaciones que la gente usa para describirse a sí misma. Marque la opción que mejor indique **CÓMO REACCIONA O SE COMPORTA CUANDO ESTÁ ENFADADO O FURIOSO**

| | | No, en absoluto | Algo | Moderadamente | Mucho |
|----|---|-----------------|------|---------------|-------|
| 26 | Controlo mi temperamento | A | B | C | D |
| 27 | Espreso mi ira | A | B | C | D |
| 28 | Me guardo para mí lo que siento | A | B | C | D |
| 29 | Hago comentarios irónicos de los demás | A | B | C | D |
| 30 | Mantengo la calma | A | B | C | D |
| 31 | Hago cosas como dar portazos | A | B | C | D |
| 32 | Ardo por dentro aunque no lo demuestro | A | B | C | D |
| 33 | Controlo mi comportamiento | A | B | C | D |
| 34 | Discuto con los demás | A | B | C | D |
| 35 | Tiendo a tener rencores que no cuento a nadie | A | B | C | D |
| 36 | Puedo controlarme y no perder los estribos | A | B | C | D |
| 37 | Estoy más enfadado de lo que queiro admitir | A | B | C | D |
| 38 | Digo barbaridades | A | B | C | D |
| 39 | Me irrito más de lo que la gente se cree | A | B | C | D |
| 40 | Pierdo la paciencia | A | B | C | D |
| 41 | Controlo mis sentimientos de enfado | A | B | C | D |
| 42 | Rehuyo encararme con aquello que me enfada | A | B | C | D |
| 43 | Controlo el impulso de expresar mis sentimientos de ira | A | B | C | D |
| 44 | Respiro profundo y me relajo | A | B | C | D |
| 45 | Hago cosas como contar hasta diez | A | B | C | D |
| 46 | Trato de relajarme | A | B | C | D |
| 47 | Hago algo sosegado para calmarme | A | B | C | D |
| 48 | Intento distraerme para que se me pase el enfado | A | B | C | D |
| 49 | Pienso en algo agradable para tranquilizarme | A | B | C | D |

Anexo 8. Dissociative Experiences Scale

DES II

Carlson, Ph.D. y Putnam
traducción de A. Martínez-Taboas,
modificada a porcentajes y con correcciones
por Etzel Cardeña, Ph.D., (1997)

- EVALUACIÓN INICIAL
- SEGUNDA EVALUACIÓN
- FINAL DE TRATAMIENTO
- SEGUIMIENTO MESES

Código: Fecha Edad

Género Mujer Hombre Entrevistador:

En este cuestionario hay 28 preguntas sobre experiencias que pueden pasarle en la vida diaria. Estamos interesados en saber cuán a menudo tiene usted estas experiencias. Es importante, sin embargo, que con sus respuestas nos deje saber la frecuencia con que tiene estas experiencias cuando no está bajo el efecto del alcohol o las drogas.

Para contestar las preguntas por favor determine en qué medida la experiencia descrita en la pregunta le ocurre a usted y marque el porcentaje apropiado, como muestra el siguiente ejemplo. Por ejemplo:

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

1- Algunas personas tienen la experiencia de estar conduciendo un automóvil y de repente se dan cuenta de que no recuerdan lo que ha sucedido durante todo o parte del viaje. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

2- Algunas personas encuentran que hay veces que escuchan a alguien hablar y de repente se dan cuenta de que no escucharon parte o nada de lo que se dijo, o que no oyeron la conversación completa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

3- Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse en un lugar y no tener idea alguna de cómo llegaron hasta allí. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

4- Algunas personas tienen la experiencia de encontrarse vestidas con ropa que no recuerdan haberse puesto. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

5- Algunas personas tienen la experiencia de encontrar objetos nuevos entre sus pertenencias que no recuerdan haber comprado. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

6- Algunas personas tienen la experiencia de que se les acercan personas que no conocen y que los llaman por otro nombre o insisten en conocerlos anteriormente. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

7- Algunas personas tienen la experiencia de sentir como si se encontraran al lado de sí mismas o se miraran a sí mismas, del mismo modo que si otra persona las estuviera mirando. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

8- A algunas personas se les dice que a veces no reconocen a sus amigos o familiares. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

9- Algunas personas se dan cuenta de que no recuerdan algunos eventos importantes en su vida (por ejemplo, su boda, graduación, o nacimiento del primer bebé). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

10- Algunas personas tienen la experiencia de haber sido acusadas de mentir cuando están convencidas de que no han mentado. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

11- Algunas personas tienen la experiencia de mirarse al espejo y no poder reconocerse. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

12- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que las personas, los objetos y el mundo que las rodea no son reales. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

13- Algunas personas tienen la experiencia de sentir que su propio cuerpo no les pertenece. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

14- Algunas personas tienen la experiencia de recordar un evento pasado tan intensa y vívidamente que sienten como si lo estuvieran viviendo otra vez. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

15- Algunas personas tienen la experiencia de no estar seguras si cosas que recuerdan haberles pasado les sucedieron en realidad o si tal vez solamente las soñaron. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

16- Algunas personas tienen la experiencia de estar en un lugar conocido y sin embargo encuentran el lugar como extraño y desconocido. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

17- Algunas personas tienen la experiencia de que cuando están viendo la televisión o una película en el cine, se absorben tanto en la historia que no se dan cuenta de otras cosas que pasan a su alrededor. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

18- Algunas personas encuentran que se pueden embeber tanto en una fantasía o en un sueño despierto que sienten como si lo que se imaginan les estuviera sucediendo en realidad. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

19- Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que pueden ignorar el dolor físico. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

20- Algunas personas se dan cuenta de que hay veces que se encuentran sentadas contemplando el vacío, pensando en nada, y sin darse cuenta del tiempo que pasa. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

21- Algunas personas en ocasiones se dan cuenta que cuando se encuentran solas, se hablan a sí mismas en voz alta. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

22- Algunas personas se dan cuenta de que en ciertas situaciones actúan de una manera tan distinta a como actúan en otras situaciones que se sienten casi como si fueran dos personas distintas. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

23- Algunas personas a veces se dan cuenta de que en ciertas situaciones pueden hacer cosas con sorprendente facilidad y naturalidad, cosas que en condiciones normales les serían difíciles de realizar (por ejemplo, en el deporte, en el trabajo, en situaciones sociales). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

24- Algunas personas a veces se percatan de que no recuerdan si han hecho algo o si simplemente pensaron en hacerlo (por ejemplo, no saben si enviaron una carta o simplemente pensaron en mandarla). Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

25- Algunas personas encuentran evidencia de que hicieron cosas que no recuerdan haber hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

26- Algunas personas a veces encuentran escritos, dibujos o notas dentro de sus pertenencias que hicieron ellas mismas pero no recuerdan haberlas hecho. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

27- Algunas personas a veces se percatan de que escuchan voces dentro de su cabeza que les dicen que hagan cosas o comentan sobre lo que la persona está haciendo. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

28- Algunas personas a veces se sienten como si estuvieran mirando al mundo a través de una neblina, de tal manera que las personas y los objetos parecen lejanos o poco claros. Marque el porcentaje de tiempo que esto le pasa a usted.

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

Anexo 9. Hoja de consentimiento



HOJA DE CONSENTIMIENTO

Nombre y Apellidos:

El objetivo de este proyecto de investigación es avanzar en el estudio y el tratamiento de los trastornos psicológicos.

Para conseguir los objetivos de este proyecto pedimos la colaboración voluntaria y anónima de todas aquellas personas interesadas en rellenar los cuestionarios del protocolo de evaluación con el fin de determinar la eficacia del tratamiento recibido.

El/La abajo firmante acepta que, salvaguardando siempre su derecho a la intimidad y al anonimato, los datos que se puedan derivar de la evaluación puedan ser utilizados para la investigación científica.

Asimismo, el/la abajo firmante podrá cambiar de opinión respecto a la utilización de estos datos para la investigación en cualquier momento del proceso de evaluación o tratamiento.

El interesado/a

La investigadora principal del proyecto

Profesora Azucena García
Universitat Jaume I

En, a de de

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achenbach, T. M., y Edelbrock, C. (1991). Child behavior checklist. *Burlington (Vt)*, 7, 371-392.
- Adrian, M., Berk, M. S., Korlund, K., Whitlock, K., McCauley, E., y Linehan, M. (2018). Parental validation and invalidation predict adolescent self-harm. *Professional psychology: research and practice*, 49 (4), 274.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., y Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: A review. *Harvard review of psychiatry*, 12 (2), 94-104.
- Ahluwalia-Cameron, A., Calderwood, K., y McMurphy, S. (2019). A systematic literature review of the etiology of borderline personality disorder from an ecological systems perspective. *Social Work in Mental Health*, 17 (3), 364-380.
- Akiskal, H. S. (1981). Subaffective Disorders: Dysthymic, Cyclothymic and Bipolar II Disorders in the “; Borderline” Realm. *Psychiatric clinics*, 4(1), 25-46.
- American Psychiatric Association (1952). *DSM I: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, First ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1968). *DSM II: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Second ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (1980). *DSM III: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Third ed.* Washington: D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1987). *DSM III-R: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Third ed. revised*. Washington: D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1994). *DSM IV: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Fourth ed.* Washington, D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (1998). *DSM IV-R: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Fourth ed. revised*. Washington: D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2000). *DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual for mental disorders, Fourth ed. Text revised*. Washington: D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013). *DSM 5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th. Edition*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2022). *DSM 5-TR: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Text Revised Edition*. Washington, DC.: American Psychiatric Association.

Arranz, M. J., Gallego-Fábrega, C., Martín-Blanco, A., Soler, J., Elices, M., Dominguez-Clavé, E., Salazar, J., Vega, D., Briones-Buixassa, L. y Pascual, J. C. (2021). A genome-wide methylation study reveals X chromosome and childhood trauma methylation alterations associated with borderline personality disorder. *Translational psychiatry*, 11(1), 1-10.

Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis J., Verheul, R., van den Bosch, W.M.C., de Boer, S.F. (2003). Reliability and validity of the borderline personality disorder severity index. *Journal of Personal Disorders*, 17, 45–59.

Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., y Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from borderline personality disorder: results from an RCT comparing schema therapy and transference focused psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60-71.

Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y EhrenreichMay, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.

Barlow, D.H., Ellrd, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B. y EhrenreichMay, J. (2011).. *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. New York: Oxford University Press .

Barlow, D. H., y Farchione, T. J. (Eds.). (2017). *Applications of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders*. Oxford University Press.

Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., y Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World of Psychiatry*, 19(2), 245.

Barnicot, K., y Crawford, M. (2019). Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49 (12), 2060-2068.

Baron, M. (1981). Schedule for Interviewing Borderlines. *New York: New York State Psychiatric Institute..*

Baron, M. y Gruen, R. (1980). The Schedule for interviewing borderlines (SIB). *New York: New York State Psychiatric Institute.*

- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M.J., Tejero, A., Pascual, J.C., Alvarez, E., Pérez, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 293-298.
- Barratt, E.S. (1965). Factor analysis of some psychometric measures of impulsiveness and anxiety. *Psychiatric Reports*, 16:547-54.
- Bartels N., Crotty T. A. (1998). *Systems Approach to Treatment: the Borderline Personality Disorder Skill Training Manual*. Winfield, IL: EID Treatment Systems.
- Baryshnikov, I., Joffe, G., Koivisto, M., Melartin, T., Aaltonen, K., Suominen, K., Rosenstrom, T., Naatanen, P., Karpov, B., Heikkinen, M. y Isometsä, E. (2017). Relationships between self-reported childhood traumatic experiences, attachment style, neuroticism and features of borderline personality disorders in patients with mood disorders. *Journal of affective disorders*, 210, 82-89.
- Bassir Nia, A. B., Eveleth, M. C., Gabbay, J. M., Hassan, Y. J., Zhang, B., y Perez-Rodriguez, M. M. (2018). Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 21, 60-68.
- Bäßler, J., y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y estrés*, 2(1), 1-8.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up. *American Journal of psychiatry*, 158(1), 36-42.
- Bateman, A. W., y Fonagy, P. (2004). Mentalization-based treatment of BPD. *Journal of personality disorders*, 18(1), 36-51.

- Bateman, A., y Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-1364.
- Bateman, A.W. y Fonagy, P. (Eds.). (2012). *Handbook of Mentalizing in Mental Health Practice*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). *Mentalization based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A.W. y Krawitz, R. (2013). *Borderline Personality Disorder-An evidenced based guide for generalist mental health professionals*. Oxford: Oxford University Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., y Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la depresión*. Brouwer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. K. (1996). Beck Depression Inventory-II. *San Antonio*, 78, 490-498.
- Belloch, A. y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Ben-Porath, Y.S., y Tellegen, A. (2008). *MMPI-2-RF (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 Restructured Form): Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Benazzi, F. (2006). Symptoms of depression as possible markers of bipolar II disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 30(3), 471-477.
- Benjaminsen, S. (2014). Pharmacotherapy effectiveness for some symptoms of borderline personality disorder. *Ugeskrift for Laeger*, 176(36).

Bernstein, E.M. y Putnam, F. W. (1986). Development, Reliability, and Validity of a Dissociation Scale. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 174, 727-734.

Bernstein, D. P., Arntz, A., y Vos, M. D. (2007). Schema focused therapy in forensic settings: Theoretical model and recommendations for best clinical practice. *International Journal of Forensic Mental Health*, 6(2), 169-183.

Bertsch, K., Gamer, M., Schmidt, B., Schmidinger, I., Walther, S., Kästel, T., Schnell, K., Büchel, C. Domes, G. y Herpertz, S. C. (2013). Oxytocin and reduction of social threat hypersensitivity in women with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1169-1177.

Bertsch, K., Krauch, M., Roelofs, K., Cackowski, S., Herpertz, S. C., y Volman, I. (2019). Out of control? Acting out anger is associated with deficient prefrontal emotional action control in male patients with borderline personality disorder. *Neuropharmacology*, 156, 107463.

Biagini Alarcón, M., Torruco Salcedo, M., & Carrasco Fernández, B. (2005). Apego al tratamiento psicoterapéutico grupal en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Estudio piloto en pacientes de 18 a 24 años. *Salud mental*, 28(1), 52-60.

Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., y Vandereycken, W. (2009). Gray's Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality–psychopathology associations. *Clinical psychology review*, 29(5), 421-430.

Black, D.W., Blum, N., Letuchy, E., Doebbeling, C., Forman-Hoffman, V.L., y Doebbeling, B.N. (2006). Borderline personality disorder and traits in veterans: psychiatric comorbidity, healthcare utilization, and quality of life along a continuum of severity. *CNS Spectrums*, 11(9): 680–689.

Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J., y Oquendo, M. A. (2009). Specific features of

- suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 19890.
- Bloom, J. M., Woodward, E. N., Susmaras, T., y Pantalone, D. W. (2012). Use of dialectical behavior therapy in inpatient treatment of borderline personality disorder: a systematic review. *Psychiatric Services*, 63(9), 881-888.
- Blum, N., Bartels, N., St. John, D., Pfohl, B. (2002). *STEPPS: Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving: Group Treatment for Borderline Personality Disorder*. Coralville, Iowa, Blum's Books.
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S. y Black, D.W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*. 165(4):468-78.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Hahn, C., Müller-Engelmann, M., Ludäscher, P., Steil, R., Frydich, T., Kuehner, C., Resick, P.A., Stiglmayr, C., Schmahl, C., y Priebe, K. (2020). Dialectical Behavior Therapy for Posttraumatic Stress Disorder (DBT-PTSD) Compared With Cognitive Processing Therapy (CPT) in Complex Presentations of PTSD in Women Survivors of Childhood Abuse: A Randomized Clinical Trial. *JAMA psychiatry*, 77(12), 1235-1245.
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., Steil, R., Philipsen, A. y Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, 42(1), 32-39.
- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Chapman, A. L., Kühler, T., y Stieglitz, R. D. (2007). Psychometric properties of the borderline symptom list (BSL). *Psychopathology*, 40(2), 126-132.

- Bohus, M., Limberger, M. F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T., y Stieglitz, R. D. (2001). Development of the borderline symptom list. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 51(5), 201-211.
- Bonanno, G. A., y Burton, C. L. (2013). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on psychological science*, 8(6), 591-612.
- Bradley, R., Zittel Conklin, C., Westen, D. (2005) The borderline personality diagnosis in adolescents: Gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46:1006 –1019.
- Brown, T. A., y Barlow, D. H. (2009). A proposal for a dimensional classification system based on the shared features of the DSM-IV anxiety and mood disorders: implications for assessment and treatment. *Psychological assessment*, 21(3), 256.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., y Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110(4), 585–599.
- Brown, T. A., Chorpita, B. F., y Barlow, D. H. (1998). Structural relationships among dimensions of the DSM-IV anxiety and mood disorders and dimensions of negative affect, positive affect, and autonomic arousal. *Journal of abnormal psychology*, 107(2), 179.
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278.
- Burgmer, M., Jessen, F., y Freyberger, H. J. (2000). Polythetic diagnostic approach to the borderline personality disorder. *Psychopathology*, 33(3), 119-124.

- Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 5, 30-55.
- Caballo, V. E., Gracia, A., López-Gollonet, C., y Bautista, R. (2004). El trastorno límite de la personalidad. *Manual de Trastornos de la Personalidad: descripción, evaluación y tratamiento*, 137, 160.
- Caballo, V.E., Gracia, A., López-Gallones, C. y Bautista, R. (2009). El trastorno límite de la personalidad. En V. Caballo (Ed.), *Manual de trastornos de la personalidad: descripción, evaluación y tratamiento* (pp. 137-160), 2ª edición. Madrid: Síntesis.
- Caballo, V.E., Salazar, I.C. e Iruña, M.J. (2011). Trastornos de la personalidad. En V.E. Caballo, I.C., Salazar y J.A. Carrobes (eds), *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos* (pp. 397-442). Madrid: Pirámide.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, Vol. 29(4):234–240.
- Caligor, E., y Clarkin, J. F. (2010). An object relations model of personality and personality pathology. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, 3-35.
- Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D., y Tyrer, P. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal*. 2000;321:694–696.
- Cándido, A., Orduña, E., Perales, J. C., Verdejo-García, A., y Billieux, J. (2012). Validation of a short Spanish version of the UPPS-P impulsive behaviour scale. *Trastornos adictivos*, 14(3), 73-78.

- Carcone, D., Tokarz, V. L., y Ruocco, A. C. (2015). A systematic review on the reliability and validity of semistructured diagnostic interviews for borderline personality disorder. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 56(2), 208.
- Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2007). *Adaptación y baremación al español del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III)*. Madrid: Ediciones TEA.
- Carlson, E. B., y Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: progress in the dissociative disorders*, 6(1), 16–27.
- Carpenter, R. W., Tomko, R. L., Trull, T. J., y Boomsma, D. I. (2013). Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 336.
- Carpenter, R. W., y Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, 15(1), 1-8.
- Cassidello-Robbins, C., & Barlow, D. H. (2016). Anger: The unrecognized emotion in emotional disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 23(1), 66.
- Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A. y Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297(5582), 851-854.
- Challis, C. y Berton, O. (2015). Top-Down Control of Serotonin Systems by the Prefrontal Cortex: A Path toward Restored Socioemotional Function in Depression. *ACS Chemistry Neuroscience*, 6(7):1040– 1054.
- Chapman, A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, 31(3), 1143-1156.

- Chapman, A. L., Derbidge, C. M., Cooney, E., Hong, P. Y., y Linehan, M. M. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 122–140.
- Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., y Leung, D. W. (2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: An experience sampling study. *Journal of Personality Disorders*, 23, 29-47.
- Chapman, A. L., Walters, K. N., y Gordon, K. L. D. (2014). Emotional reactivity to social rejection and negative evaluation among persons with borderline personality features. *Journal of personality disorders*, 28(5), 720-733.
- Chan, M. T., Ching, Y. C., y Cheng, Y. C. (1997). Teacher Participation in Decision Making: The Case of SMI Schools in Hong Kong. *Chinese University Education Journal*, 25(2), 17-42.
- Chmielewski, M., Bagby, R. M., Quilty, L. C., Paxton, R., y Ng, S. A. M. (2011). A (re)-evaluation of the symptom structure of borderline personality disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(9), 530-539.
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., y Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: Implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356.
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., y Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current behavioral neuroscience reports*, 4(1), 21-30.
- Chu, C., Hom, M. A., Stanley, I. H., Gai, A. R., Nock, M. K., Gutierrez, P. M., y Joiner. (2018). Non-suicidal self-injury and suicidal thoughts and behaviors: a study of the explanatory roles of the interpersonal theory variables among military service members and veterans. *Journal of Consultant Clinical Psychology*, 86, 56–68.

- Claes, L., Vertommen, S., Smits, D., y Bijttebier, P. (2009). Emotional reactivity and self-regulation in relation to personality disorders. *Personality and Individual Differences*, 47(8), 948-953.
- Clarkin, J. F., Caligor, E., y Sowislo, J. (2021). TFP Extended: Development and Recent Advances. *Psychodynamic Psychiatry*, 49(2), 188-214.
- Clarkin, J. F., Hull, J. W., y Hurt, S. W. (1993). Factor structure of borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 7, 137–143. F
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., y Kernberg, O. F. (1999). *Psychotherapy for borderline personality*. John Wiley & Sons Inc.
- Coid, J. (2003). Epidemiology, public health and the problem of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 182(S44), s3-s10.
- Comisión de las Comunidades Europeas, (2005). *Libro Verde sobre la Salud Mental en Europa. Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. Recuperado en https://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_es.pdf
- Comtois, K. A., y Carmel, A. (2016). Borderline personality disorder and high utilization of inpatient psychiatric hospitalization: concordance between research and clinical diagnosis. *The journal of behavioral health services & research*, 43(2), 272-280.
- Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública (2018). “*I Plan Integral de Atención a la Salud Mental 2018-2022*” (<https://inclusio.gva.es/documents/610651/165687920/I+Plan+de+Atencion+Integral+120218+-+Definitivo-1.pdf/1dfdf34f-927b-4eb1-8e8e-1348b74780fb>)

- Conte, H.R., Plutchik, R., Karasu, T.B. y Jerrett, I.. (1980). A self-report borderline scale: discriminative validity and preliminary norms. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 168: 428–435.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1985): *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL.: Psychological Assessment Resources.
- Crespo-Delgado, E., Suso-Ribera, C., y García-Palacios, A. (2020). Comparing the contribution of affect, emotion regulation, and self-efficacy in emotional and behavioral outcomes of individuals with borderline personality disorder. *Behavioral Psychology*, 28(2), 193-209.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., y Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.
- Dammann, G., Riemenschneider, A., Walter, M., Sollberger, D., Küchenhoff, J., Gündel, H., Clarkin, J.F. y Gremaud-Heitz, D. J. (2016). Impact of interpersonal problems in borderline personality disorder inpatients on treatment outcome and psychopathology. *Psychopathology*, 49(3), 172-180.
- De Aquino Ferreira, L. F., Pereira, F. H. Q., Benevides, A. M. L. N. y Melo, M. C. A. (2018). Borderline personality disorder and sexual abuse: a systematic review. *Psychiatry research*, 262, 70-77.
- De Pedro-Cuesta J, Martínez-Martín P, Rábano A, Ruiz-Tovar M, Alcalde- Cabero E., y Calero M. (2016). Etiologic framework for the study of neurodegenerative disorders as well as vascular and metabolic comorbidities on the grounds of shared epidemiologic and biologic features. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 8, 138.

- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B., Levy, K. N., Hörz, S., Doering, S., Fischer-Kern, M. Delaney, J. Clarkin, J. F. (2013). Transference focused psychotherapy for patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Psychoanalytic inquiry*, 33(6), 527-551.
- Dick, A. M., y Suvak, M. K. (2018). Borderline personality disorder affective instability: What you know impacts how you feel. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(4), 369.
- Dieterich, M., Irving, C. B., Bergman, H., Khokhar, M. A., Park, B., y Marshall, M. (2017). Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane database of systematic reviews*, (1).
- Digre, E. I., Reece, J., Johnson, A. L., y Thomas, R. A. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 56-67.
- Distel, M.A., Middeldorp, C.M., Trull, T.J., Derom, C.A., Willemsen, G. y Boomsma, D. I., (2011). Life events and borderline personality features: the influence of gene-environment interaction and gene-environment correlation. *Psychological Medicine*, 41, 849–860.
- Distel, M.A., Trull, T.J., Derom, C.A., Thiery, E.W., Grimmer, M.A., Martin, N.G., Willemsen, G. y Boomsma, D. I. (2007). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*. 38:1219–1229.
- Dittmann, V., Ermer, A., Stieglitz, R.D. Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen; in Stieglitz, R.D., Baumann, U., Freyberger, H.J. (eds): *Psychodiagnostik in Klinischer Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie (Psychodiagnostics in Clinical Psychology, Psychiatry and Psychotherapy)*. Stuttgart, Thieme, 2001.

- Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., Buchheim, A., Martius, P. y & Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 196(5), 389-395.
- Dowson, J.H. (1992). Assessment of DSM- III-R personality disorders by self- report questionnaire: the role of informants and a screening test for co- morbid personality disorders (STCPD). *British Journal of Psychiatry*, 161, 344–52.
- Duan, J., Shi, J., Fiorentino, A., Leites, C., Chen, X., Moy, W. y cols., (2014). A rare functional noncoding variant at the GWAS-implicated MIR137/MIR2682 locus might confer risk to schizophrenia and bipolar disorder. *American journal of human genetics*. 95:744–53.
- Eaton, N. R., Krueger, R. F., Keyes, K. M., Skodol, A. E., Markon, K. E., Grant, B. F., & Hasin, D. S. (2011). Borderline personality disorder co-morbidity: relationship to the internalizing–externalizing structure of common mental disorders. *Psychological medicine*, 41(5), 1041-1050.
- Echeburúa, E. (2015). Las múltiples caras del suicidio en la clínica psicológica. *Terapia psicológica*, 33(2), 117-126.
- Errasti Pérez, J. y López Navarro, E. (2021). Tratamientos psicológicos para los trastornos de la personalidad. En *Manual de tratamientos psicológicos. Adultos*. (Coord. Eduardo Fonseca Pedrero). Ediciones Pirámide. Madrid
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica*, 32(3), 255-264.
- Escribano, T., (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, (1), pp. 4-22.

- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Bailey-Straebler, S., Basden, S., Doll, H. A., Jones, R., Murphy, R., O'Connor, M.E. y Cooper, Z. (2015). A transdiagnostic comparison of enhanced cognitive behaviour therapy (CBT-E) and interpersonal psychotherapy in the treatment of eating disorders. *Behaviour research and therapy*, 70, 64-71.
- Feske, U., Kirisci, L., Tarter, R. E. y Pilkonis, P. A. (2007). An application of item response theory to the DSM-III-R criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 418-433.
- First, M.B., Spitzer, R.L., Gibbon, M. y Williams, J.B.W. (1996). *User's Guide for the Structured Clinical Interview for DSM-IV personality disorders (SCID-II)*. Washington, American Psychiatric Press.
- First, M., Spitzer, R., Gibbon, M., Williams, J. y Benjamin, L. (1994). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (SCID II)*. New York: Biometric Research Department.
- First, M. B., Williams, J. B., Karg, R. S., y Spitzer, R. L. (2015). Structured clinical interview for DSM-5—Research version (SCID-5 for DSM-5, research version; SCID-5-RV). *Arlington, VA: American Psychiatric Association*, (1–94).
- Foa, E. B. (2006). Psychosocial therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl 2), 40-45.
- Foa, E. B., Keane, T. M., Friedman, M. J. y Cohen, J. A. (Eds.). (2010). *Effective treatments for PTSD: practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press.

- Fonagy, P. y Bateman, A. (2006). Progress in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 188(1), 1-3.
- Fonagy, P. y Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4):1355–81.
- Fonagy, P., Target, M. y Bateman, A. (2018). The mentalization based approach to psychotherapy for borderline personality disorder. In *The psychoanalytic therapy of severe disturbance* (pp. 35-80). Routledge.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Namia, C. y Novella, L. (1999). Latent structure analysis of DSM-IV borderline personality disorder criteria. *Comprehensive Psychiatry*, 40(1), 72-79.
- Frias, A., Navarro, S., Palma, C., Farraiols, N., Alagia, F., Salvador, A., y cols. (2017). Defining subtypes of borderline personality disorder based on underlying dimensional personality traits. *Personality and Mental Health*, 27, 25–30.
- Frielingdorf, H., Bath, K.G., Soliman, F., Difede, J., Casey, B.J. y Lee, F.S. (2010). Variant brain-derived neurotrophic factor Val66Met endophenotypes: implications for posttraumatic stress disorder. *Annals of the New York Academy of Science*.
- García-Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. Dialectical behavior therapy. *Edipsykhé. Revista de Psicología y Educación*, 5(2).
- García-Palacios, A., Navarro-Haro, M. V., Guillén, V., Marco, H., y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctico-comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Psicología Conductual*, 18(1), 197.

- Garner, D. M., Vitousek, K. M., y Pike, K. M. (1997). Cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (pp. 94–144). The Guilford Press.
- Golden, S.A., Heshmati, M., Flanigan, M., Christoffel, D.J., Guise, K., Pfau, M.L., Aleyasin, H., Menard, C., Zhang, H., Hodes, G.E., y cols. (2016). Basal forebrain projections to the lateral habenula modulate aggression reward. *Nature*, 534(7609), 688-692.
- Goldman, G. A., y Gregory, R. J. (2010). Relationships between techniques and outcomes for borderline personality disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4), 359-371.
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Marackova, M., Ociskova, M. y Slepecky, M. (2016). Self-stigma in borderline personality disorder—cross-sectional comparison with schizophrenia spectrum disorder, major depressive disorder, and anxiety disorders. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 12, 2439.
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith S.M., Dawson, D. A., Pickering, R.P. y Ruan, J.. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 15398.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 23(4), 253-263.
- Gray, J. A. (1982). Précis of The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system. *Behavioral and brain sciences*, 5(3), 469-484.

- Gross, J. J., y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348.
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., Lantigua, R. y Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53-60.
- Gruenblatt, E., Hauser, T. U., y Walitza, S. (2014). Imaging genetics in obsessive-compulsive disorder: linking genetic variations to alterations in neuroimaging. *Progress in Neurobiology*, 121, 114-124.
- Guillén-Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., y Marco, J. H. (2021). Exploring the effectiveness of dialectical behavior therapy versus systems training for emotional predictability and problem solving in a sample of patients with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 35(Supplement A), 21-38.
- Gunderson, J.G. (1984). *Borderline Personality Disorder*. Washington, DC, *American Psychiatric Press*, 1984
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., y Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 32(2), 148-167.
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S. y Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20.

- Gunderson, J. G., y Hoffman, P. D. (Eds.). (2007). *Understanding and treating borderline personality disorder: A guide for professionals and families*. American Psychiatric Pub.
- Gunderson, J.G. y Links, P.S. (2008). The borderline diagnosis. In: Gunderson JG, Links PS, editors. *Borderline personality disorder: a clinical guide*. 2nd ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2008. p. 1-28.
- Gunderson, J., Masland, S., y Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: a review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M., Yen, J., Markowitz, J.C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A. y Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of general psychiatry*, 68(8), 827-837.
- Gunderson, J. G., Weinberg, I., y Choi-Kain, L. (2013). Borderline personality disorder. *Focus*, 11(2), 129-145.
- Gutiérrez, P.M., Osman, A., Barrios, F.X. y Kopper, B.A. (2001). Development and initial validation of the self-harm behavior questionnaire. *Journal of Personality Assessment*, 77, 475–490.
- Gutierrez-Fraile, M., Garcia-Calvo, C., Prieto, R., y Gutierrez-Garitano, I. (2011). Mental disorders in psychiatric outpatients in Spain. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(6), 349-355.
- Haro, J. M., Palacín, C., Vilagut, G., Martínez, M., Bernal, M., Luque, I., ... & Alonso, J. (2006). Prevalencia de los trastornos mentales y factores asociados: resultados del estudio ESEMeD-España. *Medicina clínica*, 126(12), 445-451.

- Harvey, R., Blum, N., Black, D. W., Burgess, J., & Henley-Cragg, P. (2014). Systems training for emotional predictability and problem solving (STEPPS). In *Handbook of borderline personality disorder in children and adolescents* (pp. 415-429). Springer, New York, NY.
- Hawton K, Zahl D, Weatherall R. (2003). Suicide following deliberate self-harm: long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. *Br J Psychiatry*, 182, 537-542.
- Hazlett, E.A., Zhang, J., New, A.S., Zelmanova, Y., Goldstein, K.E., Haznedar, M.M., Meyerson, D., Goodman, M., Siever, L.J., Chu, K.W. (2012). Potentiated amygdala response to repeated emotional pictures in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 72(6):448–456.
- Herman, J. L., & Van der Kolk, B. A. (1987). Borderline Personality Disorder. *Psychological trauma*, 111.
- Herpertz, S. C., y Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 73-77.
- Hezelyova, I., Cribben, H., Melunsky, N., Moalypour, S., Goodwin, H., Maños Serrat, C., Rahmanian, H. y Duncko, R. (2021). Investigating Effectiveness and Predicting Outcome and Dropout From Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Emotional Intensity Difficulties (STEPPS EI) in UK Primary Care. *Journal of Personality Disorders*, 35(6), 902-916.
- Hillman, J. L., Stricker, G., y Zweig, R. A. (1997). Clinical psychologists' judgments of older adult patients with character pathology: Implications for practice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 28(2), 179.
- Hoermann, S., Clarkin, J. F., Hull, J. W., y Levy, K. N. (2005). The construct of effortful control: An approach to borderline personality disorder heterogeneity. *Psychopathology*, 38(2), 82-86.

- Hong, V. (2016). Borderline personality disorder in the emergency department: good psychiatric management. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 357-366.
- Hopwood, C. J., y Donnellan, M. B. (2010). How should the internal structure of personality inventories be evaluated?. *Personality and Social Psychology Review*, 14(3), 332-346.
- Hyer SE. *Personality Diagnostic Questionnaire-4. Version 4 (DSM-IV) and PDQ-4+. instructions for use*. New York, NY: New York State Psychiatric Institute; 1994.
- Icarán, E., Colom, R., y Orengo-Garcia, F. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de psicología/The UB Journal of psychology*, 69-84.
- IsHak, W.W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S. Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., y Wang, C. Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. 2013;21(3):138–150. 23.
- Jackson, K. M., y Trull, T. J. (2001). The factor structure of the personality assessment inventory-borderline features (PAI-BOR) scale in a nonclinical sample. *Journal of Personality Disorders*, 15(6), 536-545.
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 37, 363–375.
- Jiménez-Muro, A., y Sáez, L. (2019). Calidad de vida en pacientes españoles con trastorno mental grave. *Calidad de vida y salud*, Vol. 12, No. 2; 40-52.
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., y Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289-298.

- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: a randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 127(4), 305-317.
- Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N, Roysamb E, Tambs K, Torgersen S et al. (2008) The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. *Archives of general psychiatry*, 65,1438–1446.
- Kendler, K. S., Myers, J., & Reichborn-Kjennerud, T. (2011). Borderline personality disorder traits and their relationship with dimensions of normative personality: A web-based cohort and twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 349-359.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.
- Kernberg, O. F. (1975). A systems approach to priority setting of interventions in groups. *International Journal of Group Psychotherapy*, 25(3), 251-275.
- Kernberg, O. F. (1984). The couch at sea: Psychoanalytic studies of group and organizational leadership. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34(1), 5-23.
- Kernberg, O.F. y Caligor, E. (2005). A psychoanalytic theory of personality disorders. *Major Theories of Personality Disorders*, (2)114-156. Guilford Press.
- Kessler, R. C., Ormel, J., Petukhova, M., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Russo, L. J., ... y Uestuen, T. B. (2011). Development of lifetime comorbidity in the World Health Organization world mental health surveys. *Archives of general psychiatry*, 68(1), 90-100.

- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., y Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication (vol 62, pg 617, 2005). *Archives of General Psychiatry*, 62(7), 709-709.
- Kliem, S., Kröger, C., y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: a meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(6), 936.
- Klonsky, E.D., Muehlenkamp, J.J., Lewis, S.P. y Walsh, B. (2012). *Nonsuicidal self-injury*. Cambridge: Hogrefe; 2012.
- Kotov, R., Ruggero, C.J., Krueger, R.F., Watson, D., Yuan, Q., y Zimmerman, M. (2011). New dimensions in the quantitative classification of mental illness. *Archives of General Psychiatry*, 68(10), 1003–1011.
- Krause-Utz, A., Sobanski, E., Alm, B., Valerius, G., Kleindienst, N., Bohus, M. y Schmahl, C. (2013). Impulsivity in relation to stress in patients with borderline personality disorder with and without co-occurring attention-deficit/hyperactivity disorder: an exploratory study. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(2), 116-123.
- Kretschmer, E. (1925). *Korpebau und charakter*. Berlin, Springer Verlag, 1925. Versión española: *Temperamento y carácter*, Madrid, 1955.
- Kroll, J. (1993). *PTSD/borderlines in therapy: Finding the balance*. WW Norton & Co.
- Krueger, R. F. (2005). Continuity of Axes I and II: Toward a unified model of personality, personality disorders, and clinical disorders. *Journal of personality disorders*, 19(3), 233-261.

- Krueger, R. F., Markon, K. E., Watson, D., y Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)-Adult (Full Version)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Kulacaoglu, F., y Kose, S. (2018). Borderline personality disorder (BPD): in the midst of vulnerability, chaos, and Awe. *Brain Sciences*, 8(11), 201.
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T. y Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder—the impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 92(1), 91-111.
- Larsson, H., Lichtenstein, P., y Larsson, J. O. (2006). Genetic contributions to the development of ADHD subtypes from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(8), 973-981.
- Laurensen, E. M., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B., van Dam, A.M., van Broekhuizen, A.J., Blankers, M., Busschbach, J.J.V. y Dekker, J. J. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529.
- Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 45-63.
- Leihener, F., Wagner, A., Haaf, B., Schmidt, C., Lieb, K., Stieglitz, R., y Bohus, M. (2003). Subtype differentiation of patients with borderline personality disorder using a circumplex model of interpersonal behavior. *The Journal of nervous and mental disease*, 191(4), 248-254.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., y Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite

- mixture modeling: Implications for classification. *Journal of personality disorders*, 22(4), 313-331.
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., y Kessler, R. C. (2007). DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*, 62(6), 553-564.
- Leppänen, V., Kärki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., y Hakko, H. (2015). Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: The Oulu BPD study. *Scandinavian journal of psychology*, 56(1), 78-85.
- Lewis, K., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2012). Borderline personality disorder subtypes: A factor analysis of the DSM-IV criteria. *Personality and Mental Health*, 6(3), 196-206.
- Linehan, M.M. (1993a). *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. (1993b). *Skills training manual for treating Borderline Personality Disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2018). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., y Heard, H. L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 48(12), 1060-1064.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K.A., Tutek, D.A. Reynolds, S.K. y Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, 63(7), 757-766.

- Linehan, M.M., Comtois, K.A. y Ward-Ciesielski, E.F. (2012). Assessing and managing risk with suicidal individuals. *Cognitive Behavioral Practice*, 19:218-232.
- Linehan, M. M., Heard, H. L., y Armstrong, H. E. (1993b). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 971-974.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., McDavid, J., Comtois, K. A. y Gregory, A. M. (2015). Dialectical Behavior Therapy for High Suicide Risk in Individuals With Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial and Component Analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482.
- Litman, R.E. y Farberow, N.L. (1994). Pop-rock music as precipitating cause in youth suicide. *Journal of Forensic Science.*, 39:494-499.
- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 397-420.
- Lopez, M.E., Stoddard, J.A., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L.A., Hitchcock, C.A., Meier, E.A., Esfahani, A.M. y Ray, D.B., Examining the Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in the Treatment of Individuals With Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavioral Practice* (2014).
- Lopez, M. E., Thorp, S. R., Dekker, M., Noorollah, A., Zerbi, G., Payne, L. A., ... y Stoddard, J. A. (2019). The unified protocol for anxiety and depression with comorbid borderline personality disorder: a single case design clinical series. *The Cognitive Behaviour Therapist*, 12.
- López-Ibor, J.J., Pérez Urdániz, A., y Rubio, V. (1996). *Examen internacional de los trastornos de personalidad*. Madrid: Méditor.

- Loranger, A. W., Sartorius, N., Andreoli, A., Berger, P., Buchheim, P., Channabasavanna, S. M., Coid, B., Dahl, A., Diekstra, R.F., Ferguson, B., Jacobsberg, L.B., Mombour, W., Pull, C., Ono, Y. y Regier, D. A. (1994). The international personality disorder examination: The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Archives of general psychiatry*, 51(3), 215-224.
- Loranger, A. W., Janca, A., y Sartorius, N. (Eds.). (1997). *Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE)*. Cambridge University Press.
- Low, G., Jones, D., Duggan, C., Power, M. y MacLeod, A. (2001). The treatment of deliberate self-harm in borderline personality disorder using dialectical behaviour therapy: A pilot study in a high security hospital. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 29 (1), 85-92.
- Lubke G.H., Laurin C., Amin N., Hotenga J.J., Willemsen G., van Grootheest G., Abdellaoui A., Karssen L.C., Oostra B.A., van Duijn C.M., Penninx B.W.J.H., y Boomsma D.I. (2014). Genome-wide analyses of borderline personality features. *Molecular Psychiatry*, 19(8):923–929.
- Marco, J. H., Fernandez-Felipe, I., Fonseca, S., Garcia-Palacios, A., Baños, R., y Guillen, V. (2021). Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the Emotion Regulation Questionnaire in participants with personality disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28(6), 1598-1606.
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., y Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), 650-661.

- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., y Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365-1374.
- McRae, K. (2016). Cognitive emotion regulation: A review of theory and scientific findings. *Current Opinion in Behavioral Sciences*, 10, 119-124.
- Mann, A. H., Raven, P., Pilgrim, J., Khanna, S., Velayudham, A., Suresh, K. P., Channabasavanna, S.M. y Sartorius, N. (1999). An assessment of the Standardized Assessment of Personality as a screening instrument for the International Personality Disorder Examination: A comparison of informant and patient assessment for personality disorder. *Psychological Medicine*, 29(4), 985-989.
- Martín-Blanco, A., Ferrer, M., Soler, J., Salazar, J., Vega, D., Andi6n, O., S6nchez-Mora, C., Arranz, M.J., Ribases, M., Feliu-Soler, A., P6rez, V. y Pascual, J. C. (2014). Association between methylation of the glucocorticoid receptor gene, childhood maltreatment, and clinical severity in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 57, 34-40.
- Melvin, G. A., & Molloy, G. N. (2000). Some psychometric properties of the Positive and Negative Affect Schedule among Australian youth. *Psychological reports*, 86(3_suppl), 1209-1212.
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M.E. y Grenyer, B.F.S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS ONE* 12(3): e0171592
- Miguel Tobal, J. J., Casado, M. I., Cano Vindel, A., y Spielberger, C. D. (1999). *STAXI-2: Inventario de expresi6n de ira estado-rasgo*. Manual 2ª Edici6n Revisada. Publicaciones de psicología aplicada, (286).

- Miguel-Tobal, J. J., Casado, M., Cano-Vindel, A., y Spielberger, C. D. (2001). *Inventario de Expresión de la Ira Estado-Rasgo STAXI-2*. Madrid: TEA Ediciones.
- Miller, C.E., Townsend, M.L., Day, N.J.S. Y Grenyer, B.F.S. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PLOS ONE* 15(7).
- Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna: Un enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.
- Millon, T. (1998). DSM narcissistic personality disorder: Historical reflections and future directions. In E. F. Ronningstam (Ed.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 75–101). American Psychiatric Association. (Reprinted in modified form from T. Millon et al, "Disorders of Personality: DSM-IV, Axis II and Beyond," New York: Wiley, 1995).
- Millon y Davis (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Millon, T., y Grossman, S. D. (2006). Millon's Evolutionary Model for Unifying the Study of Normal and Abnormal Personality. In S. Strack (Ed.), *Differentiating normal and abnormal personality* (pp. 3–49). Springer Publishing Company.
- Millon, T., Millon, C., Davis, R., y Grossman, S. (2006). *MCMI-III Manual*. Minneapolis: NCS Pearson.
- Ministerio de Sanidad (2007). Plan Estratégico de Salud Mental del. https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/salud_mental/ESTRATEGIA_SALUD_MENTAL_SNS_PAG_WEB.pdf
- Mohammadi, F., Bakhtiari, M., Arani, A. M., Dolatshahi, B., & Habibi, M. (2018). The applicability and efficacy of transdiagnostic cognitive behavior therapy on

reducing signs and symptoms of borderline personality disorder with co-occurring emotional disorders: a pilot study. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(1), e9697.

Morey, L. C. (1991). *Personality Assessment Inventory. Professional Manual*. Florida, USA: Psychological Assessment Resources, Inc.

Morey, L. C. (2007). *Essentials of PAI Assessment*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

Mosquera, D., González, A. y Leeds, AM (2014). Experiencia temprana, disociación estructural y desregulación emocional en el trastorno límite de la personalidad: el papel del apego inseguro y desorganizado. *Trastorno límite de la personalidad y desregulación emocional*, 1 (1), 1-8.

Muehlenkamp, J.J., Ertelt, T.W., Miller, A.L. y Claes, L. (2011). Differentiating non-suicidal self-injury in adolescent outpatients: symptoms of borderline personality disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52:148–55.

Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'?. *Clinical psychology review*, 65, 1-16.

National Collaborating Centre for Mental Health (UK). (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. British Psychological Society; NICE, 2009.

Navarro-Haro, M. V., Botella, C., Guillen, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R. y Garcia-Palacios, A. (2018). Dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder and eating disorders comorbidity: A pilot study in a naturalistic setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42(5), 636-649.

- Navarro-Haro, M. V., Guillén-Botella, V., Badenes-Ribera, L., Borao, L., y García-Palacios, A. (2021). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Comorbid Borderline Personality Disorder and Eating Disorder in a Naturalistic Setting: A Six-Year Follow-up Study. *Cognitive Therapy and Research*, 45(3), 480-493.
- Navarro-Haro, M. V., Wessman, I., Botella, C., y García-Palacios, A. (2015). The role of emotion regulation strategies and dissociation in non-suicidal self-injury for women with borderline personality disorder and comorbid eating disorder. *Comprehensive psychiatry*, 63, 123-130.
- Navarro-Haro, M. V., Hoffman, H. G., Garcia-Palacios, A., Sampaio, M., Alhalabi, W., Hall, K., y Linehan, M. (2016). The use of virtual reality to facilitate mindfulness skills training in dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a case study. *Frontiers in psychology*, 7, 1573.
- Neacsiu, A. D., Eberle, J. W., Kramer, R., Wiesmann, T. y Linehan, M. M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 59, 40-51.
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L., y Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 53, 47-54.
- Nehls, N. (1999). Borderline personality disorder: The voice of patients. *Research in nursing & health*, 22(4), 285-293.
- Nenadić, I., Dietzek, M., Langbein, K., Sauer, H., y Gaser, C. (2017). Brain age score indicates accelerated brain aging in schizophrenia, but not bipolar disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 266, 86-89.

- Nia Bassir, A., Eveleth, M. C., Gabbay, J. M., Hassan, Y. J., Zhang, B., & Perez-Rodriguez, M. M. (2018). Past, present, and future of genetic research in borderline personality disorder. *Current opinion in psychology, 21*, 60-68.
- Nigg, J. T. (2006). Temperament and developmental psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*(3-4), 395-422.
- Nica, E. I., y Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current psychiatry reports, 11*(1), 74-81.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 20-26.
- Oquendo, M. . A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., y Mann, J. J. (2001). Spanish adaption of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *European Journal of Psychiatry, 15*, 147–155.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., y Sánchez, M. P. (2011). *Adaptación española del Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI)*. Madrid: Ediciones TEA.
- Osma, J., Suso-Ribera, C., Garcia-Palacios, A., Crespo-Delgado, E., Robert-Flor, C., Sanchez-Guerrero, A., Ferreres-Galan, V., Pérez-Ayerra, L., Malea-Fernández, A. y Torres-Alfosea, M. (2018). Efficacy of the unified protocol for the treatment of emotional disorders in the Spanish public mental health system using a group format: study protocol for a multicenter, randomized, non-inferiority controlled trial. *Health and Quality of Life Outcomes, 16*(1), 1-10.
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Sauer-Zavala, S., y Barlow, D. H. (2021). Predicting and moderating the response to the unified protocol: Do baseline personality and affective profiles matter?. *Cognitive Therapy and Research, 45*(4), 817-830.

- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., y Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 52(10), 949-961.
- Paris, J., y Zweig-Frank, H. (2001). The 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 42(6):482-487.
- Pasieczny, N., y Connor, J. (2011). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 4-10.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., y Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of Clinical Psychology*, 6, 768–774
- Pelechano, V. (2000). Cuestionario de Hostilidad y Malevolencia (Hostymal) [Hostility and Malevolence Questionnaire (Hostymal)]. *Análisis y Modificación de Conducta*, 26(110), 779–815.
- Pérez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J.C., Campins, M.J., Puigdemont, D. y Alvarez, E. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 229-235.
- Perez, S., Lorca, F., y Marco, J. H. (2020). Dissociation, posttraumatic stress symptoms, emotional dysregulation, and invalidating environments as correlates of NSSI in borderline personality disorder patients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1-16.
- Perez-Rodriguez, M. M., New, A. S., Goldstein, K. E., Rosell, D., Yuan, Q., Zhou, Z., Hodgkinson, C., Goldman, D., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2017). Brain-

derived neurotrophic factor Val66Met genotype modulates amygdala habituation. *Psychiatry research. Neuroimaging*, 263, 85–92.

Perry, J. C., y Flannery, R. B. (1982). Passive-aggressive personality disorder: Treatment implications of a clinical typology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170(3), 164–173.

Perseus, K. I., Öjehagen, A., Ekdahl, S., Åsberg, M., y Samuelsson, M. (2003). Treatment of suicidal and deliberate self-harming patients with borderline personality disorder using dialectical behavioral therapy: the patients' and the therapists' perceptions. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17(5), 218-227.

Pfohl, B., Blum, N., y Zimmerman, M. (1997). *Structured interview for DSM-IV personality: Sidp-IV*. American Psychiatric Press, Inc. Washington, DC.

Pinel, P. (1806). *A treatise on insanity*. Messers Cadell & Davies, Strand.

Pitblado, C. B., y Sanders, B. (1991, November). Reliability and short-term stability of scores on the Dissociative Experiences Scale. In *Proceedings of the Eighth International Conference on Multiple Personality and Dissociative States* (p. 179). Chicago: Rush-Presbyterian.

Pfohl, B., Blum, N. y Zimmerman, M. (1997). *Structured Interview for DSM-IV Personality*. American Psychiatric Press, Washington DC.

Posner, K., Oquendo, M.A., Gould, M., Stanley, B. y Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164:1035-1043.

Power, R. A. y Pluess, M. (2015). Heritability estimates of the Big Five personality traits based on common genetic variants. *Translational psychiatry*, 5(7), e604.

- Pull, C. B. (2014). Personality disorders in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5: back to the past or back to the future?. *Current opinion in psychiatry*, 27(1), 84-86.
- Reich, W. (1925). Sexualpathologie: By Arthur Kronfeld.(Handbuch der Psychiatrie, Deuticke, Vienna, 1923.). *International Journal of Psycho-Analysis*, 6, 512-513.
- Renner, F., van Goor, M., Huibers, M., Arntz, A., Butz, B., y Bernstein, D. (2013). Short-term group schema cognitive-behavioral therapy for young adults with personality disorders and personality disorder features: associations with changes in symptomatic distress, schemas, schema modes and coping styles. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 487-492.
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in Borderline Personality Disorder: Evidence from network analysis. *PloS one*, 12(10), e0186695.
- Roca, M., Gili, M., Garcia-Garcia, M., Salva, J., Vives, M., Campayo, J. G., y Comas, A. (2009). Prevalence and comorbidity of common mental disorders in primary care. *Journal of affective disorders*, 119(1-3), 52-58.
- Rodante, D. E., Grendas, L. N., Puppo, S., Vidjen, P., Portela, A., Rojas, S. M., Chiapella, L.C. y Daray, F. M. (2019). Predictors of short-and long-term recurrence of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 140(2), 158-168.
- Rosenberger, P. H., y Miller, G. A. (1989). Comparing borderline definitions: DSM-III borderline and schizotypal personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 98(2), 161.
- Rosique, M. T., Sandín, B., Valiente, R. M., García-Escalera, J., y Chorot, P. (2019). Transdiagnostic treatment in a clinical case of high comorbidity of emotional

- disorders: application of the unified protocol. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 28(1), 79.
- Ross, C. A. (1991). Epidemiology of multiple personality disorder and dissociation. *Psychiatric Clinics of North America*, 14(3), 503-517.
- Ruocco, A. C., y Carcone, D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 311-329.
- Ryan, K., y Shean, G. (2007). Patterns of interpersonal behaviors and borderline personality characteristics. *Personality and Individual Differences*, 42(2), 193-200.
- Sadeh, N., Londahl-Shaller, E.A., Piatigorsky, A., Fordwood, S., Stuart, B.K., McNeil, D.E., Klonsky, E.D., Ozer, E.M. y Yaeger, A.M. (2014). Functions of non-suicidal self-injury in adolescents and young adults with borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 216, 217–222.
- Salsman, N. L. y Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 260-267.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Ferrer, M., Andi6n, O., Aragon6s, E., y Casas, M. (2014).. Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *European Psychiatry: the Journal of the Association of European Psychiatrists*, 29(8):490-497.
- S3nchez Quintero, S., y Vega, I. D. L. (2013). Introducci3n al tratamiento basado en la mentalizaci3n para el trastorno l6mite de la personalidad. *Acci3n psicol3gica*, 10(1), 21-32.

- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A., y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., y McGlashan, T. H. (2000). Factor analysis of the DSM-III-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 1629-1633.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M.T., Stout, R.L., Zanarini, M.C. y McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284-290.
- Sanjuán, P., Pérez, A. M., y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población Española [The General Self-efficacy Scale: Psychometric data from the Spanish adaptation]. *Psicothema*, 12 , 509-513.
- Santamaría, P. (2009). *Evaluación del test MMPI-2-RF*. Madrid: Ediciones TEA.
- Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2011). Disruptive behaviors in the medical setting and borderline personality. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 41(4), 355-363.
- Sansone, R. A., Wiederman, M. W., y Sansone, L. A. (1998). The self-harm inventory (SHI): Development of a scale for identifying self-destructive behaviors and borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology*, 54(7), 973-983.
- Sanz, J., y García-Vera, M. P. (2009). Nuevos baremos para la adaptación española del Inventario de Personalidad NEO Revisado (NEO PI-R): fiabilidad y datos normativos en voluntarios de la población general. *Clínica y salud*, 20(2), 131-144.

- Sanz, J., Navarro, M.E. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck—II (BDI-II): 1. Propiedades psicométricas en estudiantes universitarios. *Análisis y notificación de conducta*, 29, 239-288.
- Sanz, J., Perdigón, A. L. y Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II): 2. Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y salud*, 14(3), 249-280.
- Sauer-Zavala, S. y Barlow, D. H. (2014). The case for borderline personality disorder as an emotional disorder: Implications for treatment. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 21(2), 118–138.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H. y Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of personality disorders*, 30(1), 35-51.
- Sauer-Zavala, S., Cassiello-Robbins, C., Woods, B. K., Curreri, A., Wilner Tirpak, J., y Rassaby, M. (2020). Countering emotional behaviors in the treatment of borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(5), 328.
- Sauer-Zavala, S., Fournier, J. C., Steele, S. J., Woods, B. K., Wang, M., Farchione, T. J., y Barlow, D. H. (2021). Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial. *Psychological medicine*, 51(14), 2378-2387.
- Scheiner, K. (1923). *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Berlin: Springer.
- Schneider, P., Hannusch, C., Schmahl, C., Bohus, M., Spanagel, R. y Schneider, M. (2014). Adolescent peerrejection persistently alters pain perception and CB1 receptor expression in female rats. *European Neuropsychopharmacology*, 24(2):290–301.

- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1(1), 45-70.
- Selby, E.A., Bender, T.W., Gordon, K.H., Nock, M.K. y Joiner, T.E. Jr. (2012). Non-suicidal self-injury (NSSI) disorder: a preliminary study. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*, 3(2), 167–175.
- Selva, G., Bellver, F., y Carabal, E. (2005). Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. G. Cervera, G. Haro y J. Martínez-Raga (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Sempértégui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical psychology review*, 33(3), 426-447.
- Shaffer, D., y Jacobson, C. (2009). Proposal to the DSM-V childhood disorder and mood disorder work groups to include non-suicidal self-injury (NSSI) as a DSM-V disorder. *American Psychiatric Association*, 1-21.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: Construction and validation. *Psychological reports*, 51(2), 663-671.
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G., y Murphy, J. (2007). Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorders and stressful life-events: A latent class analysis based on the British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 273-281.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*, 51(12), 964-968.

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., y Siever, L. J. (2002a). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological psychiatry*, 51(12), 936-950.
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002b). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951-963.
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., y Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504.
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Berens, A., Vogels, C., y Sabbe, B. (2017). Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences*, 108, 14-19.
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Wilderjans, T., y Berens, A. (2018). Do treatment trajectories differ after 3 months DBT intreatment according to borderline personality disorder subtypes?. *Subtypes in Borderline Personality Disorder*, 54.
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V., Bales, D. L., Laurensen, E. M., Blankers, M., Soons, M.B.J., Dekker, J.J.M., Lucas, Z., Verheul, R. y Luyten, P. (2020). Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: Multicentre randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(2), 79-84.
- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., Ortiz, C., Pérez, V., Bohus, M. y Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the Borderline Symptom List, short form (BSL-23). *BMC psychiatry*, 13(1), 1-7.

Soloff, P. H., Lynch, K. G., y Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 16*(3), 201-214.

Spielberger, C.D. (1996). *State-Trait Anger Expression Inventory: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

Statistical Package for Social Sciences (2021). IBM Corp., USA.

Steele, S. J., Farchione, T. J., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., y Barlow, D. H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. *Journal of psychiatric research, 104*, 211-216.

Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality disorders: Theory, research, and treatment, 7*(4), 316.

Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., R cker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (8)*.

Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., y Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: an update of published, unpublished and ongoing studies. *Current Psychiatry Reports, 22*, 1-10.

Stone, M. H. (1980). *The borderline syndromes: Constitution, personality, and adaptation*. Tata McGraw-Hill Education.

Stone, M. H. (2006). Management of borderline personality disorder: a review of psychotherapeutic approaches. *World Psychiatry, 5*(1), 15.

- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C.P., Callesen, H.E. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (5).
- Streit, F., Colodro-Conde, L., Hall, A. S., y Witt, S. H. (2020). Genomics of borderline personality disorder. In *Personalized psychiatry* (pp. 227-237). Academic Press.
- Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., y Zanarini, M. C. (2019). Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *The Journal of clinical psychiatry*, 80(1), 0-0.
- Teschler, S., Gotthardt, J., Dammann, G., y Dammann, R. H. (2016). Aberrant DNA methylation of rDNA and PRIMA1 in borderline personality disorder. *International journal of molecular sciences*, 17(1), 67.
- Torgersen, S. (2005). Genetics of borderline personality disorder. In *Borderline personality disorder* (pp. 149-156). CRC Press.
- Torgersen, S., Kringlen, E., y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.
- Torres-Soto, J.F.; Moya-Faz, F.J., Giner-Alegría, C.A. y Oliveras-Valenzuela, M.A. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología / annals of psychology*, 35(1), 47-57.
- Trull, T. J., Stepp, S. D., y Durrett, C. A. (2003). Research on borderline personality disorder: An update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 77-82.

- Tyrer, P. y Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 135(2), 163-167.
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., Blashfield, R., Farnam, A., Fossati, A., Kim, Y.R., Koldobsky, Lecic-Tosevski, D., Ndteti, D., Swales, M., Clark, A.L. y Reed, G. M. (2011). The rationale for the reclassification of personality disorder in the 11th revision of the International Classification of Diseases (ICD-11). *Personality and Mental Health*, 5(4), 246-259.
- Van Wel, B., Kockmann, I., Blum, N., Pfohl, B., Black, D. W. y Heesterman, W. (2006). STEPPS group treatment for borderline personality disorder in The Netherlands. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(1), 63-67.
- Veisani, Y., Mohamadian, F. y Delpisheh, A. (2017). Prevalence and comorbidity of common mental disorders and associations with suicidal ideation in the adult population. *Epidemiology and health*, 39.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of personality and social psychology*, 54(6), 1063.
- Whewell, P., Ryman, A., Bonanno, D. y Heather, N. (2000). Does the ICD 10 classification accurately describe subtypes of borderline personality disorder?. *British Journal of Medical Psychology*, 73(4), 483-494.
- Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D. y Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: a four-factor model of impulsivity. *European Journal of personality*, 19(7), 559-574.
- Widiger, T. A. y McCabe, G. A. (2018). The Five-Factor Model Is a Competing Theory of Borderline Personality Disorder: Commentary on Gunderson et al. *Journal of personality disorders*, 32(2), 181-184.

- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (1993). Borderline and narcissistic personality disorders. In *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 371-394). Springer, Boston, MA.
- Widiger, T. A. y Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, 62(2), 71.
- Widiger, T. A. y Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 42(10), 1015-1021.
- Willoughby, T., Heffer, T. y Hamza, C. A. (2015). The link between nonsuicidal self-injury and acquired capability for suicide: A longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(4), 1110.
- Witt, S. H., Kleindienst, N., Frank, J., Treutlein, J., Mühleisen, T., Degenhardt, F., Jungkunz, M., Krumm, B., Cichon, S., Tadic, A., Dahmen, N., Schwarze, C. E., Schott, B., Dietl, L., Nöthen, M. M., Mobascher, A., Lieb, K., Roepke, S., Rujescu, D., Rietschel, M., ... Bohus, M. (2014). Analysis of genome-wide significant bipolar disorder genes in borderline personality disorder. *Psychiatric genetics*, 24(6), 262–265.
- Witt, S.H., Streit, F., Jungkunz, M., Frank, J., Awasthi, S. Reinbold, C.S., y cols. (2017) Genome-wide association study of borderline personality disorder reveals genetic overlap with bipolar disorder, major depression and schizophrenia, *Translational psychiatry*, 7(6), e1155.
- Wittchen, H. U. y Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology*, 15(4), 357-376.
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: VHO.

- World Health Organization. (2013). Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. [http:// apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf). (Recuperado el 18/08/2020).
- Yen, S., Zlotnick, C. y Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(10), 693–696.
- Yeomans, F. E., Clarkin, J. F., y Kernberg, O. F. (2015). *Transference focused psychotherapy for borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Yeomans, F., Clarkin, J. F. y Kernberg, O. F. (2016). *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: a schema -focused approach*. Sarasota, Fl.: Professional Resource Exchange, Inc.
- Young, J.E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. (3 ed.), Sarasota, FL: Professional Resource Press.
- Young, J. E. (2015). *Terapia de esquemas*. Desclée De Brouwer.
- Young, J. E., Klosko, J. S., y Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York: Guilford, 254.
- Yu, H., Wang, D.D., Wang, Y., Liu, T., Lee, F.S. y Chen, Z.Y. (2012). Variant brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism alters vulnerability to stress and response to antidepressants. *Journal of Neurosciencie*, 32, 4092–4101.
- Yust, C. C. y Pérez-Díaz, Á. G. L. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of psychology and psychological Therapy*, 12(1), 97-114.

Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. *Borderline personality disorder: Etiology and treatment*, 67-86.

Zanarini, M. C. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): a continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of personality disorders*, 17(3), 233-242.

Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (1994). Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. *The Journal of psychotherapy practice and research*, 3(1), 25.

Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (1997). Pathways to the development of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 11(1), 93-104.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., y Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of psychiatry*, 155(12), 1733-1739.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Jager-Hyman, S., Reich, D. B. y Fitzmaurice, G. (2008). The course of dissociation for patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 10-year follow-up study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(4), 291-296.

Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Sickel, A.E. y Yong, L. (1996). *The Diagnostic Interview for DSM-IV Personality Disorders*. Belmont, McLean Hospital, Laboratory for the Study of Adult Development, 1996.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., y Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18.

Zandersen, M., Henriksen, M. G., y Parnas, J. (2019). A recurrent question: what is borderline?. *Journal of Personality Disorders*, 33(3), 341-369.

Zimmerman, M. y Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 40(4), 245-252.

Zittel Conklin, C. (2002). *Subtyping borderline personality disorder* (Doctoral dissertation, University of Massachusetts Boston).

Zittel Conklin, C., Bradley, R., y Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(2), 69-77.