



COGNICIÓN SOCIAL EN MUJERES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y SU RELACIÓN CON PSICOPATOLOGÍA Y MALTRATO INFANTIL

Aser Alba Coma González

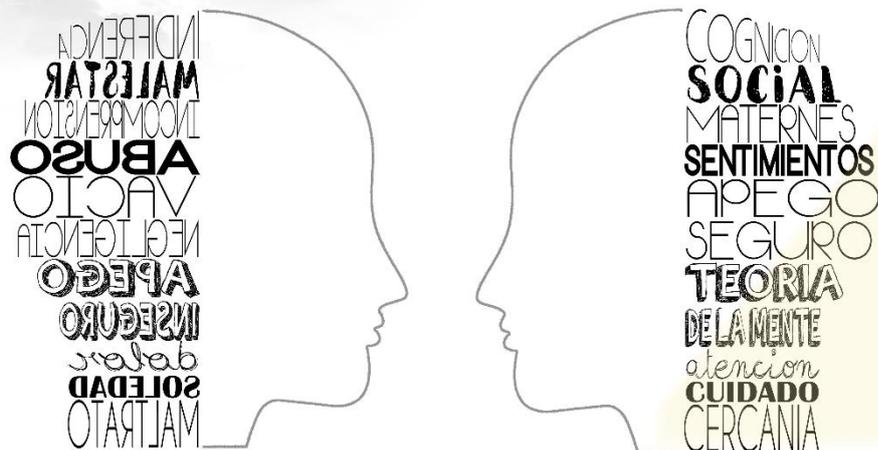
ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. Access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

Cognición Social en mujeres con trastorno límite de la personalidad y su relación con psicopatología y maltrato infantil

ASER ALBA COMA GONZÁLEZ



TESIS DOCTORAL

2021

Cognición Social en mujeres con trastorno límite de la personalidad y su relación con psicopatología y maltrato infantil

Aser Alba Coma González

TESIS DOCTORAL

Dirigida por el Dr. J. Alfonso Gutiérrez-Zotes

HOSPITAL PSIQUIATRIC I UNIVERSITARI INSTITUT PERE MATA

DEPARTAMENT DE SALUT, PSICOLOGIA I PSIQUIATRIA DE LA

UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

TARRAGONA

2021





HAGO CONSTAR, que el presente trabajo, titulado “Cognición Social en mujeres con trastorno límite de la personalidad y su relación con psicopatología y maltrato infantil”, que presenta Aser Alba Coma González para la obtención del título de Doctor, ha sido realizado bajo mi dirección en el Departamento de Salud, Psicología y Psiquiatría de esta universidad.

Tarragona, 16 de junio del 2021

El director de la tesis doctoral

Dr. J. Alfonso Gutiérrez-Zotes

A mi hermano Diego, la vida se te llevó demasiado pronto.

A mi marido y mis hijos, Breixo y Lúa, por caminar a mi lado y siempre de la mano.

Agradecimientos

Agradecer, en primer lugar, al HUIPM y a mi director de tesis, Dr Alfonso Gutiérrez-Zotes por darme la oportunidad de iniciar este proyecto en mis primeros años de residencia y acompañarme hasta el último día de su entrega y su defensa. Gracias por la confianza depositada en mí, por estar presente cuando más lo he necesitado, por tu compromiso y apoyo. Gracias también al equipo de Pere Mata, a Tània y a Consuelo especialmente, por intentar resolver siempre cada una de mis inquietudes.

En segundo lugar, agradecer a cada una de las pacientes que han aceptado y colaborado en este estudio. Sin vosotras, nada de esto hubiera sido posible. Gracias por darme la oportunidad de conoceros un poquito mejor y colaborar sin ningún tipo de interés en este estudio. Gracias por enseñarme tanto.

En tercer lugar, un espacio especial para mi familia y amigos. Mis amigos y amigas por vuestras llamadas, vuestros ánimos, vuestra escucha atenta, y estar a mí lado. Gracias a mi tía Tere, a pesar de la distancia, has estado muy cerca y no has dejado de guiarme, orientarme y corregirme...desde tu apoyo inicial por el proyecto del PIR, como el apoyo persistente en esta tesis doctoral.

En cuarto y último lugar, a mi marido y mi compañero de vida, Javi. Por estar siempre, por confiar en mí, por aguantar mis momentos más delicados, siempre ahí. A mis hijos, Breixo y Lúa, por enseñarme tanto cada día, por descubrirme el maravilloso mundo de la maternidad, por vuestra espontaneidad, vuestra energía, por todo... Nunca perdáis la Fuerza. A mí, vuestra Fuerza me acompaña cada segundo de mi vida. Siento habeos robado tiempo por este proyecto. Os lo devolveré día a día, minuto a minuto.

Índice General

I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA	18
1. Personalidad. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)	19
1.1. Aproximación al concepto de personalidad	19
1.2. Aproximación histórica al TLP	20
1.3. Definición del TLP	24
1.4. Criterios diagnósticos	25
1.4.1. Desde el DSM-III al DSM-5	25
1.4.2. CIE-10 y CIE-11	41
1.5. Epidemiología, curso clínico y pronóstico del TLP	47
1.5.1. Epidemiología del TLP	47
1.5.2. Curso clínico y pronóstico del TLP	48
1.6. Etiología del TLP. Modelos teóricos	49
1.6.1. Modelo de Agresividad excesiva.	52
1.6.2. Modelo Biosocial	54
1.6.3. Modelo de Hipersensibilidad Interpersonal	56
1.6.4. Modelo de Mentalización	58
1.6.5. Conclusiones sobre la etiología del TLP	64
2. Cognición Social	69
2.1. Concepto y definición	69
2.2. Aproximación histórica al estudio de la Cognición Social	76
2.3. Cognición Social y psicopatología	78
2.4. Cognición Social y TLP	80
2.4.1. Aspectos teórico-conceptuales	80
2.4.2. Actualización del tema	87
2.4.3. Conclusiones acerca de la cognición social y el TLP	103
2.5. Instrumentos de evaluación de la CS.	105
3. Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC: “<i>Movie for the Assessment of Social Cognition</i>”)	114
3.1. MASC. Aspectos teóricos.	114
3.2. MASC. Aspectos prácticos y ejemplos reales.	119
3.3. MASC. Aplicaciones clínicas. Revisión bibliográfica.	125
4. Apego	148
4.1. Concepto y definición	148
4.2. Clasificación y tipos de apego	150

4.3.	Apego y TLP	155
5.	Maltrato en la infancia	160
5.1.	Concepto y definición	160
5.2.	Clasificación. Tipos de Maltrato en la Infancia	162
5.3.	Epidemiología en España	165
5.4.	Maltrato y apego	171
5.5.	Maltrato en la infancia y psicopatología	173
5.6.	Maltrato y TLP	175
II.	ESTUDIO CLÍNICO	181
6.	Justificación del estudio	182
7.	Hipótesis y Objetivos.....	188
7.1.	Hipótesis.....	188
7.2.	Objetivos	189
8.	Metodología.....	191
8.1.	Muestra. Diseño y Procedimiento.....	191
8.2.	Instrumentos.....	193
8.2.1.	Entrevista Diagnóstica para el TLP -Revisada- DIB-R.....	193
8.2.2.	Cuestionario de Trauma Infantil -Versión corta- -CTQ-SF-.....	194
8.2.3.	Cuestionario de 90 síntomas -SCL-90-R-.....	195
8.2.4.	Película para la Evaluación de la Cognición Social -MASC-.....	197
8.3.	Análisis Estadísticos.....	197
9.	Resultados	200
9.1.	Descripción de la muestra	200
9.2.	Cognición Social en el TLP en comparación con grupo control.....	202
9.3.	Cognición Social y sintomatología límite.....	204
9.4.	Cognición social y psicopatología	215
9.5.	Cognición Social y Maltrato en la infancia.....	218
9.6.	Modelo predictivo de la Cognición Social.....	219
10.	Discusión.....	222
10.1.	Cognición Social en el TLP en comparación con grupo control	222
10.2.	Cognición Social y severidad de la sintomatología límite	235
10.3.	Relación entre la Cognición Social y la sintomatología límite	241
10.4.	Cognición Social y Psicopatología.....	249
10.5.	Cognición Social y Maltrato	261
10.6.	Modelo Predictivo de la Cognición Social.....	267

10.7. Limitaciones	270
10.8. Implicaciones clínicas	271
10.9. Futuras investigaciones	273
III. CONCLUSIONES	274
11. Conclusiones	275
IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	277
12. Referencias	278

Lista de abreviaturas

A

AE: Abuso Emocional

AF: Abuso Físico

AN: Anorexia Nerviosa

ANS: Ansiedad (escala SCL-90-R)

AS: Abuso Sexual

AAI: *Adult Attachment Interview*. Entrevista del Apego Adulto

B

BSL: *Bordeline Symptom List*. Listado de Síntomas Límite

BPD: *Borderline Personality Disorder*. Trastorno Límite de la Personalidad

C

CI: *Intelligence Quotient (IQ)*. Cociente Intelectual.

CIE-10: *International Classification of Diseases 10th (ICD-10)*. Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición.

CIE-11: *International Classification of Diseases 11th (ICD-11)*. Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición.

CIP: *Circumplex Interpersonal Problems*. Circumplex de Problemas Interpersonales

CPNE: Crisis psicógenas No Epilépticas

CS: Cognición Social

CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire*. Cuestionario de Trauma Infantil.

CSMA: Centro de Salud Mental de Adultos.

D

DEC: Descentración (subfunción de la MAI)

DEP: Depresión (escala SCL-90-R)

DIB-R: *Diagnostic Interview for Borderlines-Revised*. Entrevista diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad-Revisada.

DIF: Diferenciación (subfunción de la MAI)

DSM-III: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición.

DSM-III-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition, text revised*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, tercera edición, texto revisado.

DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición.

DSM-IV-TR: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revised*. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, cuarta edición, texto revisado.

DSM-5: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition.* Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición.

E

EA: Estado de Ánimo

EM: Estado Mental

EMRR: Esclerosis Múltiple Remitente Recidivante.

EQ: *Empathy Quotient.* Cociente de Empatía.

F

FERT: *Facial Emotion Recognition Task.* Tarea de Reconocimiento de Emociones Faciales.

FPT: *Faux Pas Test.* Test de Meteduras de Pata

FOB: Ansiedad Fóbica (escala SCL-90-R)

FR: Función Reflexiva

G

GSI: *Global Severity Index.* Índice Global de Gravedad o Severidad (escala SCL-90-R)

H

HOS: Hostilidad (escala SCL-90-R)

I

IIP: *Inventory of Interpersonal Problems.* Índice de Problemas Interpersonales.

IRI: *Interpersonal Reactivity Index.* Índice de Reactividad Interpersonal

INT: Integración (subfunción de la MAI)

L

LPFS: *Level of Personality Functioning Scale.* Escala de Nivel de Funcionamiento de la Personalidad

M

MAI: *Metacognition Assessment Interview.* Entrevista de Evaluación de Metacognición

MASC: *Movie for the Assessment of Social Cognition.* Película para la Evaluación de la Cognición Social

MATRICES: *Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia.* Medición y Tratamiento para Mejorar la Cognición en la Esquizofrenia.

MBT: *Mentalization based Therapy.* Terapia basada en la Mentalización

MC: Mineralcorticoides

MDMA: *3,4-Methylenedioxymethamphetamine.* 3,4-metilendioximetanfetamina o Éxtasis

ME: Maltrato Emocional

MET: *Multifaceted Empathy Test*. Test Multifacético de Empatía

MF: Maltrato Físico

MI: Maltrato en la Infancia

MON: Monitoreo (subfunción de la MAI)

MR: Mineralcorticoides

MT: Maltrato Total

N

NE: Negligencia Emocional

NF: Negligencia Física

O

OBS: Obsesión-Compulsión (escala SCL-90-R)

P

PAI-BOR: *Personality Assessment Inventory-Borderline Features Scale*. Inventario de Evaluación de la Personalidad-Escala de Rasgos Límite.

PAR: Ideación Paranoide (escala SCL-90-R)

PID-5: *The Personality Inventory for DSM-5*. Inventario de Personalidad para el DSM-5.

PSDI: *Positive Symptom Distress Index*. Índice de Distrés de Síntomas Positivos (escala SCL-90-R)

PSIC: Psicoticismo (escala SCL-90-R)

PST: *Positive Symptom Total*. Total de Síntomas Positivos (escala SCL-90-R)

R

RFQ: *Reflective Functioning Questionnaire*. Cuestionario de Función Reflexiva

RMET: *Reading the Mind in the Eyes Test*. Test de Lectura de Mente en los Ojos o Test de la Mirada

RMNf: Resonancia Magnética Funcional

RUMI: Registro estadístico de casos de maltrato infantil

S

SC: Esquizofrenia

SCID-II: *Structural Clinical Interview for DSM, Axis II*. Entrevista Clínica Estructurada para el DSM, eje II.

SCID-5-PD: *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders*. Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-5.

SCL-90-R: *Symptom Checklist-90-Revised*. Cuestionario de 90 Síntomas- revisado

SI: Sensibilidad Interpersonal (escala SCL-90-R)

SOM: Somatización (escala SCL-90-R)

STEPPS: *System Training for Emotional Predictability and Problem Solving*. Programa Sistema de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas

T

TAG: Trastorno de Ansiedad Generalizada

TAS: Trastorno de Ansiedad Social

TASP: Trastorno de Personalidad Antisocial

TB: Trastorno Bipolar

TCE: Traumatismo Cráneo-Encefálico

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención

TDC: Trastorno Dismórfico Corporal

TDM: Trastorno Depresivo Mayor

TEA: Trastorno del Espectro Autista

TEE: Trastorno del Espectro de la Esquizofrenia

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad

TNP: Trastorno Narcisista de Personalidad

TM: Trastorno Mental

ToM: Teoría de la Mente

TOC: Trastorno Obsesivo Compulsivo

TP: Trastorno de la Personalidad

TP-ER: Trastorno de la Personalidad-Especificado por Rasgos

TPA: Trastorno de Personalidad Antisocial

Lista de Tablas, Figuras, Gráficos e Ilustraciones

Tablas

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-III.....	25
Tabla 2. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-III-R.....	26
Tabla 3. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-IV y DSM-IV-R	26
Tabla 4. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-5.....	27
Tabla 5. Criterios Diagnósticos del TLP según Sección-III del DSM-5.....	31
Tabla 6. Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP)	34
Tabla 7. Modelo dimensional del TLP en el DSM-5 (en PID-5).....	40
Tabla 8. Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad (F60)	42
Tabla 9. Criterios diagnósticos del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo impulsivo (F60.30)	43
Tabla 10. Criterios Diagnóstico del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo límite (F60.31)	44
Tabla 11. Esquema para el uso de la clasificación de trastorno de personalidad CIE-11.....	45
Tabla 12. Propuesta para el trastorno de personalidad en el CIE-11	45
Tabla 13. Calificador de patrón límite según la CIE-11.	46
Tabla 14. Cuatro teorías sobre el TLP.....	50
Tabla 15. Clasificación de categorías afectivas y cognitivas de la MASC.	118
Tabla 16. Clasificación del Maltrato Infantil	163
Tabla 17. Porcentajes de detección de maltrato infantil por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España	169
Tabla 18. Interpretación de la fuerza (tamaño) del efecto.....	199
Tabla 19. Edad en grupo clínico y control	201
Tabla 20. Datos sociodemográficos en grupo clínico y grupo control.....	201
Tabla 21. Comparación de medias en la MASC entre grupo clínico y control.....	203
Tabla 22. Puntuaciones y porcentajes en el área afectiva de la DIB-R.....	205
Tabla 23. Correlaciones significativas de la sintomatología límite y la CS.....	207
Tabla 24. ANOVA con grupos por recategorización de la escala cognitiva de la DIB-R.	211
Tabla 25. Correlaciones entre los Índices Globales del SCL-90-R y la MASC	216
Tabla 26. Correlaciones significativas entre dimensiones sintomáticas y categorías MASC	218
Tabla 27. Correlaciones significativas entre maltrato y MASC.....	219
Tabla 28. Modelo de regresión lineal para predecir la cognición social correcta a partir de la cognición	220
Tabla 29. Modelo de regresión lineal para predecir la hipermentalización a partir del psicoticismo.....	221

Figuras

Figura 1. Modelo Biosocial del TLP	55
Figura 2. Modelo de Hipersensibilidad Interpersonal	57
Figura 3. Hipersensibilidad Interpersonal	58
Figura 4. Proceso de especularización. Afecto y Regulación del Self a través del Reflejo.....	61
Figura 5. Modelo de mentalización para el TLP.	64

Gráficos

Gráfico 1. Estudio de investigación e informes del TLP	23
Gráfico 2. Publicaciones <i>Borderline Personality Disorder</i>	23
Gráfico 3. Publicaciones de <i>Social Cognition</i>	72
Gráfico 4. Publicaciones de <i>Social Cognition</i> y <i>BPD</i>	87
Gráfico 5. Publicaciones de <i>Mentalization</i> y <i>BPD</i>	88
Gráfico 6. Publicaciones sobre apego y TLP	156
Gráfico 7. Población menor de 18 años víctima de violencia familiar. Evolución total de casos por año.....	168
Gráfico 8. Población menor de 18 años víctima de delitos contra la libertad y la indemnidad sexual. Evolución total de casos por año.....	169
Gráfico 9. Comparación de medias en la MASC entre grupo clínico y control.	204
Gráfico 10. Correlaciones significativas de la DIB-R total y la CS.....	207
Gráfico 11. Correlaciones significativas de la escala cognitiva de la DIB-R y la CS	208
Gráfico 12. Comparaciones entre grupos. Recategorización de la escala cognitiva DIB-R... ..	214

Ilustración

Ilustración 1. Modelo del Iceberg	166
---	-----

Resumen

Introducción. Un número importante de los síntomas del trastorno límite de la personalidad (TLP) se manifiestan en el contexto interpersonal. Esto puede explicarse por las dificultades a la hora de atribuir estados mentales (emociones, pensamientos e intenciones) en uno mismo y en los demás, lo que conforma propiamente la cognición social (CS). Errores en la CS se interrelacionan con las áreas afectivas, cognitivas, impulsivas e interpersonales de la persona que sufre TLP. El propósito de este estudio es analizar la CS en una muestra de mujeres con TLP, comparado con un grupo control y, además, estudiar la relación entre la CS y la sintomatología límite, la psicopatología asociada y el maltrato en la infancia. Para evaluar la CS se utilizó la prueba Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC; *Movie for the Assessment of Social Cognition*), instrumento con elevada validez ecológica y actualmente validado al español.

Material y método. La muestra se compuso por un total de 79 mujeres: 47 mujeres con un diagnóstico de TLP a través de la DIB-R (*Diagnostic Interview for Borderlines-Revised*, puntuación mayor o igual a 6) y 32 mujeres voluntarias incidentales que constituyeron el grupo control. La CS se evaluó a través de la MASC, la sintomatología límite con la DIB-R, la psicopatología asociada con el SCL-90-R (*Symptom Checklist-90-Revised*) y el maltrato infantil con el CTQ (*Childhood Trauma Questionnaire*). Se llevaron a cabo comparaciones entre pacientes y grupo control en relación con la CS. La asociación entre severidad del TLP, sintomatología límite, psicopatología y maltrato se estudió a través de correlaciones, comparación de medias y regresión lineal.

Resultados. Se obtuvo peor desempeño de la CS en la muestra de mujeres con TLP en comparación con grupo control. La severidad de la sintomatología límite se relacionó con peor funcionamiento de la CS general y con errores por ausencia de mentalización. Tanto el área

cognitiva de la sintomatología límite como el mayor malestar psíquico global se asociaron a peor funcionamiento de CS general, hipermentalización y afectación de áreas cognitivas de la CS. Hubo asociaciones significativas entre determinada psicopatología en el TLP (obsesividad, sensibilidad interpersonal, depresión, fobia, paranoia y psicoticismo) y peor desempeño en la CS. Se obtuvo que el maltrato global y el abuso sexual se relacionaron con peor desempeño en teoría de la mente cognitiva y la negligencia física con ausencia de mentalización. Finalmente, se encontró que la alteración cognitiva en el TLP predijo en un 26% las alteraciones en el funcionamiento de la cognición social general y el psicoticismo en un 20,8% los errores por hipermentalización.

Conclusiones. En el TLP, las alteraciones del pensamiento propias del área cognitiva, son las que más interfieren en el funcionamiento de la CS. Además, en las pacientes con un TLP más severo la habilidad de CS queda anulada, pudiendo explicarse este fenómeno por la presencia de rasgos autísticos en estas pacientes. Finalmente, tanto la psicopatología asociada como las experiencias de maltrato en la infancia generan alteraciones específicas en la CS.

Palabras Clave: TLP, MASC, cognición social, mentalización, sintomatología límite, DIB-R, psicopatología, SCL-90-R, maltrato, CTQ.

I. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

1. Personalidad. Trastorno Límite de la Personalidad (TLP)

1.1. Aproximación al concepto de personalidad

El término personalidad deriva del griego (prósopon) y del latín (personare, persona), que originalmente era sinónimo de “personaje”, y se designaba con ello la máscara que utilizaban los actores en el teatro clásico. Con el tiempo, el término persona perdió la connotación de ilusión y pretensión, y empezó a representar a la persona real, sus características aparentes, explícitas y manifiestas. Posteriormente, este concepto adquirió un significado que se centraría en las características psicológicas más internas y ocultas del individuo, siendo esta concepción la más cercana a su uso contemporáneo. Aunque a lo largo de la historia se han propuesto numerosas definiciones de este constructo, en la actualidad parece existir un cierto consenso en que la personalidad podría considerarse como un patrón complejo de pensamientos, sentimientos y conductas característicos que distinguen a las personas entre sí, que persisten a lo largo del tiempo y se manifiestan en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo (Millon, Grossman, Millon, Meagher, & Ramnath, 2006). Actualmente, la Real Academia de la Lengua, define la personalidad como 1. diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra; y 2. conjunto de características o cualidades originales que destacan en algunas personas.

Desde el área de la psicología se define como un patrón complejo de características psicológicas profundamente enraizadas, que se expresan de forma automática en casi todas las áreas de la actividad psicológica. Según el DSM-5, los rasgos de personalidad son “patrones persistentes de formas de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales” (American Psychiatric Association, 2014)

Así pues, la personalidad no se limita a un solo rasgo, sino que incluye la totalidad de características de la persona: interpersonales, cognitivas, psicodinámicas y biológicas. Cada rasgo refuerza a los otros para perpetuar la estabilidad y la consistencia conductual de la estructura completa de la personalidad. Por lo tanto, la etiología en la personalidad se encuentra en todas estas áreas. Cada dominio interactúa e influye en los otros, y todos ellos de forma conjunta mantienen la integridad de la estructura completa.

1.2. Aproximación histórica al TLP

El término *borderline* ha sido durante mucho tiempo un punto de discordia en la nosología psiquiátrica. La similitud de síntomas que se observa en el TLP y en el trastorno bipolar hace difícil poder separar los primeros acercamientos históricos de un trastorno y otro (Hernández Fernández, 2013).

Tenemos que situarnos en la época greco-romana para encontrar las primeras referencias históricas describiéndose pacientes en los que coexistía la ira impulsiva, la manía y la melancolía. En 1684 Bonet se atreve a unir en un único síndrome la impulsividad y los estados de ánimo inestables, lo que denominó como *folie maniaco-melancolique*. Posteriormente aparecen numerosas nomenclaturas para referirse a este trastorno, que han sido recogidas por Zanarini y Frankenburg (Zanarini & Frankenburg, 2007): *folie circulaire* y *folie a double forme* (Falret y Baillarger en 1854); “personalidad excitable” (Kraepelin en 1921); “personalidad lábil” (Schneider en 1923); “temperamento mixto cicloide-esquizoide” (Kretschmer en 1925); y, finalmente Reich en 1925 describió a estas personas como sujetos que manifestaban una predominancia de agresión infantil, un narcisismo primitivo y con graves alteraciones del Superyó. De estas concepciones destacar la de Kraepelin como la más cercana a la actual concepción del TLP (Millon et al., 2006).

A pesar de todas estas aportaciones, fue Adolph Stern en 1938, proveniente de la tradición analítica, quien empleó por primera vez la designación del “grupo límite de la neurosis” para describir una condición patológica que tenía características tanto de la neurosis como de la psicosis (Zanarini et al., 1997). Durante los años posteriores fueron elaborándose diferentes formulaciones para describir las manifestaciones del paciente límite que podrían resumirse en las siguientes:

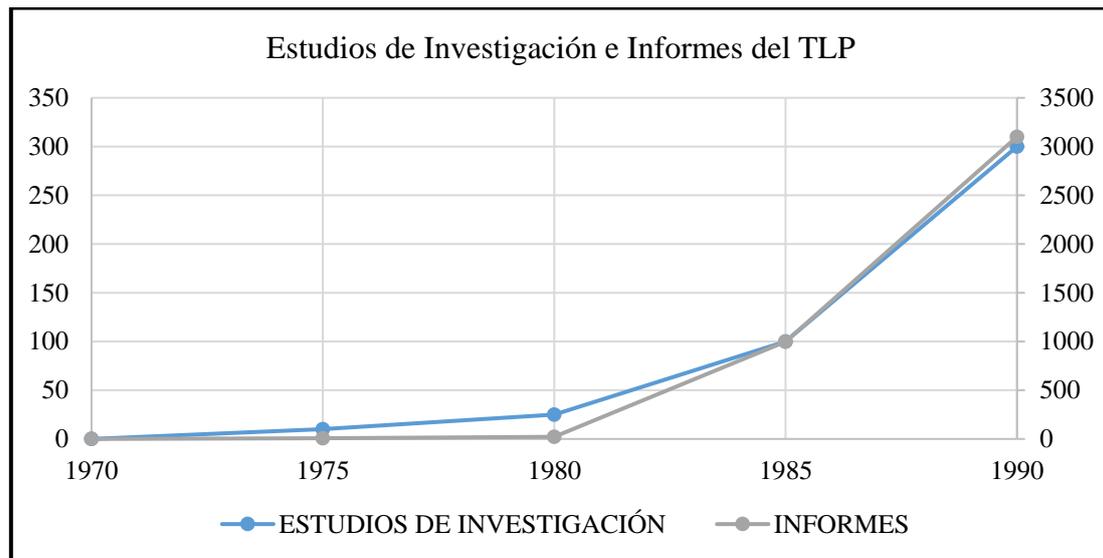
- Desde la perspectiva psicodinámica, Otto Kernberg (Kernberg, 1967) considera al límite como un nivel de organización de la personalidad que engloba diversas patologías caracteriales a medio camino entre la neurosis y la psicosis. Considera que está formado por tres rasgos intrapsíquicos principales: alteración de la identidad, defensas primitivas (escisión e identificación proyectiva) y pobre control de los impulsos.
- En los años sesenta y setenta surgió una nueva perspectiva que consideraba el trastorno límite como perteneciente al espectro de los trastornos esquizofrénicos (Wender, Rosenthal, Rainer, Greenhill, & Sarlin, 1977).
- Durante los años ochenta, se enfatizó la disforia crónica y la labilidad afectiva de los pacientes límite, y se llevó a pensar que se trataba de un trastorno afectivo (Akiskal, Djenderedjian, Rosenthal, & Khani, 1977; Stone, 1980); generándose numerosas investigaciones empíricas.
- También en los ochenta, destacar el trabajo de Gunderson (Gunderson & Singer, 1975) quien describe el TLP como un trastorno de personalidad específico y diferente de los otros trastornos de personalidad. Esta sería la descripción aceptada y acogida por el DSM-III.

- Finalmente, en los años noventa surgieron nuevas conceptualizaciones del trastorno. Por un lado, los que lo consideran como un trastorno de los impulsos (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1990). Por otro lado, los que lo consideran como una variación crónica del trastorno postraumático, relacionado con problemas disociativos (Herman, Perry, & van der Kolk, 1989).

Como podemos observar, hubo un punto de inflexión en la concepción del TLP a partir de los años 60, momento en el que confluyeron varias aportaciones independientes que forzaron el planteamiento de una conciencia sobre este trastorno. La de Kraepelin con el consecuente aumento de su interés clínico (Kernberg, 1968); la publicación del primer estudio empírico sobre pacientes límite realizada por Grinker (Grinker, 1968); la revisión realizada por Gunderson y Singer ("*Defining Borderline Patients: an overview*") (Gunderson & Singer, 1975); y, finalmente, el desarrollo de un método fiable para su evaluación, la entrevista estructurada *Diagnostic Interview for Borderline Patients (DIB)* (Gunderson, Kolb, & Austin, 1981) mediante la cual debería poder realizarse el diagnóstico de forma fiable y con la que seríamos capaces de identificar un conjunto de características diferenciadoras. Fue a partir de estas aportaciones, cuando la Asociación Americana de Psiquiatría incluyó el Trastorno Límite de la Personalidad por primera vez en la versión DSM-III (1980).

Para finalizar el punto de recorrido histórico del TLP compartimos, primeramente, la siguiente gráfica extraída del manual de Gunderson (Gunderson, 2010) en la que puede observarse como el reconocimiento y la utilización de este diagnóstico durante el período comprendido entre 1975 y 1990 creció de forma muy notable.

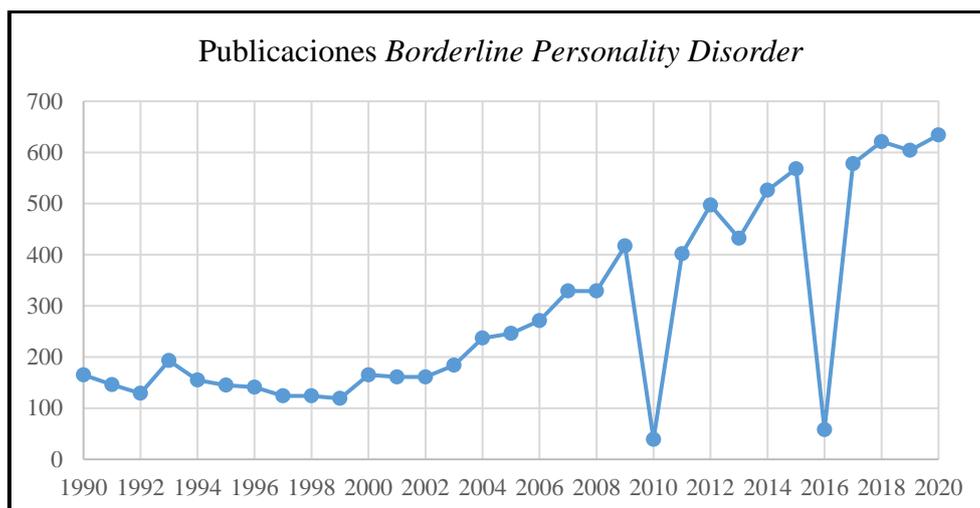
Gráfico 1. Estudio de investigación e informes del TLP



Fuente: Gunderson (2010)

Este crecimiento se ha mantenido estable a lo largo de los años. Si realizamos una búsqueda en PubMed (una de las mayores bases de datos del ámbito biomédico) observamos que en los últimos 10 años hay más de 7000 publicaciones acerca del *borderline personality disorder* y más de 8000 en los últimos 15 años.

Gráfico 2. Publicaciones Borderline Personality Disorder



1.3. Definición del TLP

Autores como Millon (Millon et al., 2006) definen a los pacientes con personalidad límite como inestables emocionalmente, lo que se traduce en relaciones interpersonales inestables con repentinos cambios de opinión sobre los demás, pasando de la idealización a la devaluación en cuestión de segundos. Presentan un fuerte sentimiento de vacío por lo que hacen esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonados: justamente esta excesiva dependencia de los demás mediante medidas drásticas, en realidad generan rechazo y que los demás se alejen. Son comunes los comportamientos autodestructivos (drogas, promiscuidad sexual) e incluso las autolesiones y conductas suicidas. Presentan una elevada impulsividad y ante situaciones de estrés pueden presentar estados psicóticos transitorios y episodios disociativos.

Otros autores como Zanarini y Frankenburg (Zanarini & Frankenburg, 2007) proponen la existencia de dos características clave en el TLP. La primera es la vivencia de un dolor interno intenso y crónico. Este dolor se distingue del de otros trastornos por su naturaleza multifacética y su amplitud global, y consistiría en afectos y cogniciones disfóricas específicas de las personas con TLP. La segunda característica, es la manera en que estos pacientes intentan manejar su dolor y expresarlo; por ejemplo, mediante patrones de conducta impulsiva (autolesiones y amenazas e intentos autolíticos) como búsqueda de ayuda; o, patrones desadaptativos de naturaleza interpersonal (pasando de la idealización a la devaluación, exigencias hacia los demás, etc.) como modos de disminuir su dolor.

Por lo tanto, el TLP puede considerarse como una heterogénea constelación de síntomas caracterizada por severos y persistentes problemas en diferentes dominios de funcionamiento psicológico y personal y, en concreto, en las áreas: interpersonal, cognitiva, comportamental y emocional (Gunderson et al., 2011; Linehan, 1993; Skodol et al., 2002)

1.4. Criterios diagnósticos

1.4.1. Desde el DSM-III al DSM-5

Como ya hemos descrito en el punto del acercamiento histórico del TLP, la Asociación Americana de Psiquiatría, incluyó el TLP por primera vez en la versión del DSM-III, en 1980. En las tablas 1, 2, 3 y 4 mostramos los criterios del TLP desde el DSM-III hasta la última versión del DSM (DSM-5).

Tabla 1. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-III

-
- A. Se requieren por lo menos cinco de los síntomas siguientes:
1. Impulsividad o impredecibilidad, por lo menos, en dos áreas que puedan ser potencialmente peligrosas; por ejemplo, gasto, sexo, juego, uso de sustancias, robo de tiendas, comer en exceso, y actos de autoagresión física.
 2. Una pauta de relaciones interpersonales inestables e intensas, por ejemplo, cambios marcados de actitud, idealización, devaluación o manipulación
 3. Ira inapropiada, intensa o por falta de control; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de mal genio o ira constante;
 4. Alteraciones de la identidad, manifestadas por la incertidumbre sobre diversos temas relacionados con la identidad, tales como la autoimagen, la identidad sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de carrera, las pautas de amistad, los valores y las lealtades;
 5. Inestabilidad afectiva: cambios marcados de estado de ánimo de la normalidad a la depresión, irritabilidad o ansiedad que, por lo general, duran unas pocas horas y sólo raramente más de algunos días, con retorno al estado de ánimo normal.
 6. Intolerancia a estar solo, por ejemplo, esfuerzos frenéticos para evitar el quedarse solo y facilidad para sentirse deprimido cuando esto ocurre;
 7. Actos autolesivos físicamente, por ejemplo, intentos de suicidio, automutilación, accidentes recurrentes o peleas físicas;
 8. Sentimientos crónicos de vacío y de aburrimiento.
- B. Cuando este ocurre antes de los 18 años, no reúne los criterios para el trastorno de identidad.
-

Fuente: DSM-III (1980)

Tabla 2. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-III-R

A. Pauta generalizada de inestabilidad en el estado de ánimo, relaciones interpersonales y la autoimagen, que se hace patente desde el inicio de la vida adulta y que se dan en diversos contextos.

La pauta se manifiesta por al menos *cinco* de las siguientes características:

1. Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por alternativas extremistas entre la superidealización y la desvalorización;
2. Impulsividad al menos en dos áreas que pueden ser potencialmente peligrosas para el sujeto. Por ejemplo, despilfarro, actividades sexuales, uso de sustancias, robos en tiendas, conducción irresponsable, comidas copiosas (no incluir conductas criterio 5);
3. Inestabilidad afectiva: cambios marcados desde el estado de ánimo normal a la depresión, la irritabilidad, o la ansiedad que, por lo general, duran pocas horas y, más raramente, algunos días.
4. Ira inapropiada e intensa o falta de control de este impulso; por ejemplo, manifestaciones frecuentes de violencia, ira constante, peleas físicas repetidas;
5. Amenazas, gestos o conductas suicidas repetidas, o conductas automutilantes.
6. Trastorno de la identidad acusado y persistente, manifestado por incertidumbres respecto al menos dos de las siguientes características; autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo término o elección de carrera, tipo de amigos y valores que desean;
7. Sentimiento crónico de vacío o aburrimiento.
8. Esfuerzos titánicos para evitar el abandono real o imaginado (no debe incluirse la conducta suicida o automutilante que se menciona en el apartado 5).

Fuente: DSM-III-R (1987)

Tabla 3. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-IV y DSM-IV-R

*Por 1ª vez agrupados por Grupos A, B, C. (dentro del grupo B)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

(continúa en la página siguiente)

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida) (nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamientos de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Fuente: DSM-IV (1992) y DSM IV-R (2002)

Tabla 4. Criterios Diagnósticos del TLP según el DSM-5

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los hechos siguientes:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado (nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.

(continúa en la página siguiente)

-
4. Impulsividad en dos o más áreas, que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones de alimentarios) (nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5).
 5. Comportamientos, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
 9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Fuente: DSM-5 (2014)

Como podemos observar en las tablas (1 a 4), el diagnóstico del TLP desde su publicación en el DSM se ha mantenido muy similar a lo largo de los años. Únicamente ha habido cambios en la forma y, en la versión del DSM-IV, se añadió un nuevo criterio de experiencias cercanas a la psicosis. Así, para diagnosticar el TLP desde este sistema diagnóstico es necesario cumplir con cinco de los nueve criterios. Por lo tanto, casi 40 años después de su primera “manualización” oficial, para recibir el diagnóstico de TLP se utiliza el mismo sistema, lo que conlleva a que continúe siendo un trastorno muy heterogéneo a la hora de ser diagnosticado. Esta heterogeneidad viene marcada por unos requisitos, relativamente laxos, que implican una gran variedad dentro del mismo diagnóstico, pues resultan 256 agrupaciones diferentes de criterios para establecer el mismo diagnóstico (Gunderson, 2010). Algunas combinaciones de los criterios diagnósticos son más similares a otras, pero, lógicamente, puede haber una diversidad sustancial entre personas con el mismo diagnóstico. Dicho de otro modo, dos personas podrán ser diagnosticadas de TLP y sólo compartir un criterio. Esta diversidad implica mayor complejidad tanto a la hora de comprender el propio trastorno, como a la hora de intervenir en él. Así el síndrome del TLP definido de este modo ha sido frecuentemente

criticado porque sus síntomas se solapan con otros trastornos de personalidad y por la gran heterogeneidad ya mencionada.

Por lo tanto, el *enfoque categorial* de los trastornos de personalidad según el DSM presenta numerosas limitaciones y ha recibido numerosas críticas (Sanislow et al., 2002; Skodol et al., 2002): falta de apoyo empírico a la arbitrariedad de los umbrales para el diagnóstico de la mayoría de los trastornos de personalidad, lo que conlleva una elevada comorbilidad entre categorías; la pérdida de información clínica importante por el uso de categorías, la elevada heterogeneidad dentro de una misma categoría, la falta de una clara distinción entre personalidad normal y anormal, y la cobertura limitada de la psicopatología de la personalidad.

A pesar de estas limitaciones, las categorías diagnósticas aumentan la familiaridad entre los diferentes diagnósticos entre los clínicos, promueven una comunicación clara pues resumen conjuntos complejos de información clínicamente significativa en términos simples, y son consistentes con la naturaleza de las decisiones clínicas (Zanarini, Gunderson, Frankenburg, Chauncey, & Glutting, 1991).

La polémica suscitada a raíz del *enfoque categorial*, ha llevado a la construcción de *modelos dimensionales* alternativos para comprender la personalidad normal y la patológica. Estos *modelos dimensionales* presentan claras ventajas frente a las categorías: reflejan mejor la naturaleza continua de los rasgos y sus interrelaciones, evitan solapamientos y diagnósticos múltiples, y cuentan con una base empírica firme (Gutierrez & Vilar, 2014). Así el Grupo de Trabajo del DSM-5 propuso un modelo de 25 facetas (rasgos) de personalidad agrupados en 5 dominios (dimensiones de orden superior). El modelo se inspira en intentos integradores previos como el de Widiger y Simonsen (Widiger & Simonsen, 2005), así como en modelos ya existentes de la personalidad, como el propio Evaluación Dimensional de la Patología de la Personalidad – Cuestionario Básico (DAPP-BQ) (Livesley, Jang, & Vernon, 1998) o como los

dominios de los Cinco de la Personalidad Patológica (*Personality Psychopathology Five* (PSY-5) (Gómez, Crespo, & Rueda, 2009) modelo dimensional descriptivo de psicopatología de la personalidad evaluada en adultos a través del MMPI-2.

Esta tentativa de integración de diferentes perspectivas y modelos corrobora la amplia aceptación de la *perspectiva dimensional* como modelo de descripción de los trastornos de personalidad y la personalidad normal. Así, la propuesta clasificó la mayoría de los rasgos y conductas descritos en los 18 modelos considerados en una estructura con cuatro niveles jerárquicos: 1) Internalización-externalización; 2) Cinco grandes factores de funcionamiento normal de la personalidad; 3) Escalas de rasgos; y 4) Síntomas conductuales (criterios diagnósticos). Tomando en consideración este esfuerzo integrador, el grupo de trabajo del DSM-5 desarrolló el Inventario de la Personalidad para el DSM-5 (PID-5; *The Personality Inventory*, Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012) que posteriormente desarrollaremos.

Así, el comité investigador del DSM, en su última versión, a pesar de que mantiene el *criterio categorial* para diagnosticar los TP, ha propuesto un *modelo alternativo híbrido* en la Sección III que está basado en el daño causado por el funcionamiento de la personalidad y en los rasgos de personalidad patológicos. Este nuevo enfoque tiene como objetivo hacer frente a las numerosas deficiencias de la perspectiva actual de los trastornos de personalidad y dota a los trastornos de personalidad de una mayor fundamentación teórica. Un diagnóstico específico de trastorno de la personalidad derivado de este modelo solo se puede realizar para los trastornos antisocial, evasivo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico. El enfoque alternativo define un diagnóstico de trastorno de la personalidad-especificado por rasgos (TP-ER), cuando se considera que existe un trastorno de la personalidad, pero no se

cumplen los criterios de ninguno específico. En la tabla 5 pasamos a describir los criterios diagnósticos del TLP desde este modelo híbrido.

Tabla 5. Criterios Diagnósticos del TLP según Sección-III del DSM-5.

Las características típicas del trastorno de la personalidad límite son la inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad. Las dificultades características se hacen evidentes en la identidad, la autodirección, y la empatía y/o intimidad, tal y como se describen más adelante, además de los rasgos desadaptativos específicos de los dominios de afectividad negativa, antagonismo y/o desinhibición.

Criterios diagnósticos propuestos:

A. Deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad, que se manifiesta por las dificultades características en dos o más de las cuatro áreas siguientes:

1. Identidad: autoimagen marcadamente pobre, poco desarrollada o inestable, a menudo asociada a un exceso de autocrítica; sentimientos crónicos de vacío; estados disociativos bajo estrés.

2. Autodirección: inestabilidad en las metas, aspiraciones, valores o planes de futuro.

3. Empatía: capacidad disminuida para reconocer los sentimientos y necesidades de los demás, asociada a la hipersensibilidad interpersonal (con tendencia a sentirse menospreciado o insultado); percepciones de los demás sesgadas selectivamente hacia atributos negativos o vulnerables.

4. Intimidad: relaciones cercanas intensas, inestables y conflictivas, marcadas por la desconfianza, la necesidad y la preocupación ansiosa por un abandono real o imaginario; las relaciones íntimas son vistas dicotómicamente entre la idealización y la devaluación, que conlleva a la alternancia correspondiente entre sobre implicación y distanciamiento.

B. Cuatro o más de los siguientes siete rasgos patológicos de personalidad, al menos uno de los cuales debe ser (5) impulsividad, (6) la toma de riesgos, u (7) hostilidad:

1. Labilidad emocional (un aspecto de la **afectividad negativa**): experiencias emocionales inestables y estado de ánimo con cambios frecuentes; las emociones se alteran fácil, intensa y/o desproporcionadamente con los acontecimientos y circunstancias.

2. Ansiedad (un aspecto de la **afectividad negativa**): sentimientos intensos de nerviosismo, tensión o pánico, a menudo en respuesta a tensiones interpersonales; se preocupan por los efectos negativos de las experiencias desagradables del pasado y posibilidades futuras negativas; sensación de miedo, aprensión o amenaza ante la incertidumbre; temor a desmoronarse o a perder el control.

(continúa en la página siguiente)

3. Inseguridad de separación (un aspecto de la **afectividad negativa**): temores de rechazo o separación de figuras significativas, asociados con el miedo a la dependencia excesiva y a la pérdida total de autonomía.

4. Depresión (un aspecto de la **afectividad negativa**): sentimientos frecuentes de estar hundido, de ser miserable y/o no tener esperanza; dificultad para recuperarse de este tipo de estados de ánimo; pesimismo sobre el futuro; vergüenza generalizada, sentimientos de inferioridad y baja autoestima; ideación y comportamiento suicida.

5. Impulsividad (un aspecto de la **desinhibición**). Actuar en el fragor del momento en respuesta a estímulos inmediatos, actuando de forma repentina y sin un plan o reflexión acerca de las consecuencias, dificultad para trazar o seguir los planes; sentido de urgencia y comportamiento auto lesivo en virtud de la angustia emocional.

6. Asunción de riesgos (un aspecto de la **desinhibición**): implicarse en prácticas peligrosas, de riesgo, y actividades potencialmente dañinas para sí mismo, innecesariamente y sin atender a las consecuencias; falta de preocupación por las limitaciones, y negación de la realidad del peligro personal.

7. Hostilidad (un aspecto del **antagonismo**): sentimientos de enojo persistente o frecuente; ira o irritabilidad en respuesta a ofensas e insultos menores.

Especificadores. Los rasgos de personalidad y los especificadores de funcionamiento pueden emplearse para registrar otras características de personalidad que están presentes en el trastorno de la personalidad límite, pero que no son necesarios para el diagnóstico. Por ejemplo, los rasgos de psicoticismo (desregulación cognitiva y perceptiva) no forman parte de los criterios diagnósticos del trastorno límite de la personalidad (véase el Criterio B), pero se pueden especificar cuando sea apropiado. Por otra parte, aunque el deterioro moderado o grave en el funcionamiento de la personalidad es imprescindible para diagnosticar el trastorno de la personalidad límite (Criterio A), también puede especificarse el nivel exacto de funcionamiento de la personalidad.

Fuente: DSM-5 (2014)

Por lo tanto, a pesar de que la Sección II continúa diagnosticando el TP por la presencia de malestar clínicamente significativo y deterioro funcional, la Sección III sugiere en cambio que estos criterios no son suficientemente específicos de TP. Por ello, propone que lo nuclear a la patología de la personalidad son los desajustes en el funcionamiento del *self* (se valora la

identidad y la autodirección) y en el desempeño interpersonal (se valora el nivel de empatía y el de intimidad del sujeto).

Para evaluar estos cuatro componentes, se ha creado la Escala del nivel de funcionamiento de la personalidad -ENFP- (*Level of Personality Functioning Scale-LPFS*). Dichos componentes son particularmente importantes para la descripción del continuo del funcionamiento de la personalidad. Según esta escala, una personalidad adaptativa tiene la conciencia permanente de un yo único, manteniendo roles apropiados (Identidad), aspirando a metas razonables basadas en una evaluación realista de las capacidades personales (Autodirección), comprendiendo con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de las situaciones (Empatía) y manteniendo relaciones satisfactorias y duraderas tanto en la vida personal como en la comunitaria (Intimidad). En esta escala, el clínico selecciona el nivel actual de deterioro en el funcionamiento de la personalidad (que va de ausencia de deterioro -0- a deterioro extremo -4-). Esta medida es de utilidad para el diagnóstico de un TP en un momento dado. La ENFP también puede ser utilizado como un indicador global del funcionamiento de la personalidad sin especificación de un diagnóstico de TP o en el caso de que el deterioro de la personalidad sea subumbral para un diagnóstico de trastorno (Esbec & Echeburúa, 2014). En la tabla 6 desarrollamos con detalle esta escala, extraída del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014)

Tabla 6. Escala de nivel de funcionamiento de la personalidad (ENFP)

Nivel de deterioro	PERSONAL (SELF)		INTERPERSONAL	
	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
0: Poco o ningún deterioro	<p>Tiene la conciencia permanente de un yo único; mantiene límites apropiados en sus roles.</p> <p>Tiene una autoestima positiva, uniforme y autorregulada; autoevaluación precisa.</p> <p>Es capaz de sufrir, tolerar y regular una completa gama de emociones.</p>	<p>Establece y aspira a metas basadas en una evaluación realista y razonable de las capacidades personales.</p> <p>Utiliza estándares apropiados de comportamiento y logra satisfacerlos en múltiples esferas.</p> <p>Puede reflexionar y obtener un significado constructivo de la experiencia interna.</p>	<p>Es capaz de comprender con precisión las experiencias y motivaciones de los demás en la mayoría de situaciones.</p> <p>Comprende y aprecia los puntos de vista de los demás, incluso cuando está en desacuerdo.</p> <p>Es consciente del efecto de las propias acciones sobre los demás.</p>	<p>Mantiene múltiples relaciones satisfactorias y duraderas con su entorno personal y social.</p> <p>Desea y participa en una serie de relaciones cercanas, recíprocas y de apoyo mutuo.</p> <p>Se esfuerza en cooperar y en obtener beneficios mutuos y responde de manera flexible a la variedad de ideas, emociones y comportamientos de los demás.</p>

(continúa en la página siguiente)

Nivel de deterioro	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
1: Algún deterioro	Tiene relativamente intacto el sentido de sí mismo, con alguna disminución en la claridad de los límites cuando experimenta emociones fuertes y angustia mental.	Está dirigido a objetivos de manera excesiva, algo inhibido por sus propias metas o éstas entran en conflicto.	Muestra dificultad en la capacidad tanto de percibir como de comprender las experiencias de los demás; puede tender a ver a los demás con expectativas poco razonables o con deseo de control.	Es capaz de establecer relaciones duraderas en su entorno personal y comunitario, con algunas limitaciones en cuanto al grado de profundidad y satisfacción.
	A veces su autoestima disminuye; autoevaluación algo distorsionada o demasiado crítica.	Puede tener normas personales poco realista o inadecuadas socialmente, limitando el cumplimiento de algunos aspectos.	Aunque es capaz de considerar y comprender diferentes perspectivas, se resiste a hacerlo.	Es capaz de fomentar –y desea formar– relaciones íntimas recíprocas, pero puede inhibir o constreñir la expresión significativamente si las emociones son intensas o surgen conflictos.
	Las emociones fuertes pueden ser muy molestas y se asocian a restricciones de la gama de experiencias emociones	Es capaz de reflexionar sobre sus experiencias internas, pero puede exagerar algún tipo de autoconocimiento (p. ej., emocional, intelectual)	Tiene una conciencia no uniforme de los efectos de la propia conducta en los demás.	La cooperación puede ser inhibida por estándares irreales; algo limitado en la capacidad de respetar o responder a las ideas, las emociones y los comportamientos de los demás.

(continúa en la página siguiente)

Nivel de deterioro	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
2: Deterioro moderado	<p>Depende excesivamente de los demás para la definición de la identidad, con demarcación difusa de los límites.</p> <p>Posee una autoestima vulnerable controlada por una preocupación exagerada acerca de la evaluación externa, con deseo de aprobación.</p> <p>Se siente incompleto o inferior, con autoevaluación compensatoria elevada o disminuida.</p> <p>Regulación emocional depende de evaluación externa positiva. Amenazas a la autoestima emociones fuertes, como la rabia o vergüenza.</p>	<p>Las metas son más a menudo un medio para obtener la aprobación externa que autogeneradas y, por lo tanto, pueden carecer de coherencia o estabilidad.</p> <p>Las normas personales pueden ser excesivamente exigentes (p.ej., ser especial o complacer a otros) o tolerantes (p. ej., no consonantes con los valores sociales prevalentes). El cumplimiento está comprometido por un sentido de falta de autenticidad.</p> <p>Posee una capacidad deteriorada para reflexionar sobre la experiencia interna.</p>	<p>Se muestra en excesiva consonancia con la experiencia de los demás, pero sólo con respecto a la relevancia percibida del <i>self</i>.</p> <p>Es excesivamente autorreferente, lo que compromete significativamente la capacidad de apreciar y comprender las experiencias de otros, y de considerar perspectivas alternativas.</p> <p>Generalmente desconocen o no se preocupan por el efecto de su propia conducta sobre los demás o evalúan de forma poco realista dichas repercusiones.</p>	<p>Es capaz de formar, y desea formar, relaciones en su entorno personal y social, pero las conexiones pueden ser, en gran medida, superficiales.</p> <p>Las relaciones íntimas están basadas predominantemente en la satisfacción de las necesidades de autorregulación y de autoestima, con una expectativa poco realista de ser perfectamente entendido por otros.</p> <p>Tiende a no ver las relaciones en términos recíprocos y coopera principalmente para el beneficio personal.</p>

(continúa en la página siguiente)

Nivel de deterioro	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
3. Deterioro grave	<p>Tiene un sentido débil de la autonomía/de sí mismo y experimenta cierta falta de identidad o un vacío.</p> <p>Límites mal definidos o rígidos: puede mostrar sobreidentificación con los demás, demasiado énfasis en la independencia de los demás u oscilación entre ambos.</p> <p>Autoestima frágil, fácilmente influenciable por los acontecimientos y la propia imagen carece de coherencia. La autoevaluación no tiene matices: autodepreciación, autoensalzamiento o una combinación ilógica y poco realista de ambos.</p> <p>Las emociones pueden cambiar rápidamente o aparecer en forma de sentimiento crónico e inquebrantable de desesperación.</p>	<p>Tiene dificultades para establecer y/o alcanzar objetivos personales.</p> <p>Las normas internas de conducta son poco claras o contradictorias. La vida se percibe como carente de sentido o peligrosa.</p> <p>Posee una capacidad limitada de reflexionar y entender sus propios procesos mentales.</p>	<p>Capacidad restringida para considerar y comprender los pensamientos, sentimientos y comportamientos de otras personas; puede discernir aspectos muy específicos de la experiencia de otros, en particular las vulnerabilidades y el sufrimiento.</p> <p>Generalmente incapaz de tener en cuenta perspectivas alternativas; se siente muy amenazado por las discrepancias o puntos de vista alternativos.</p> <p>Confundido o no consciente del impacto de las propias acciones en los demás. Desconcertado por pensamientos y acciones de otros. Atribuye motivaciones frecuentes de prejuicio.</p>	<p>Tiene algún deseo de establecer relaciones en el entorno personal y comunitario, pero la capacidad para establecer conexiones positivas y duraderas está deteriorada significativamente.</p> <p>Las relaciones se basan en una fuerte creencia en la absoluta necesidad de seres queridos y/o en las expectativas de abandono o malos tratos. Los sentimientos acerca de la implicación íntima con otros se alternan entre el miedo/rechazo y el deseo desesperado de conexión</p> <p>Poca reciprocidad: los demás en términos de cómo afectan al <i>self</i>: esfuerzos de cooperación interrumpidos debido a la percepción de desaires de otros.</p>

(continúa en la página siguiente)

Nivel de deterioro	Identidad	Autodirección	Empatía	Intimidad
4. Deterioro extremo	<p>Ausencia de la experiencia de un yo único y del sentido del sí mismo/autonomía, o ésta se organiza en torno a la percepción persecutoria externa. Se confunden o no existen los límites con los demás.</p> <p>Presenta una autoimagen débil o que se ve distorsionada y fácilmente amenazada por las interacciones con los demás; autoevaluación caracterizada por distorsiones y confusiones significativas.</p> <p>Las emociones no son congruentes con el contexto o la experiencia interna. El odio y la agresión pueden ser los afectos dominantes, aunque al mismo tiempo pueden repudiarse y atribuirse a los demás.</p>	<p>Escasa diferenciación entre pensamientos y acciones, por lo que la capacidad de establecer metas se encuentra gravemente comprometida, con objetivos nada realistas o incoherentes.</p> <p>Las normas internas de conducta son casi inexistentes. Su cumplimiento genuino es prácticamente inconcebible.</p> <p>Es profundamente incapaz e reflexionar de manera constructiva acerca de la propia experiencia. Las motivaciones personales pueden reconocerse o atribuirse a experiencias externas o ajenas a uno mismo.</p>	<p>Posee una marcada incapacidad para identificar y comprender la experiencia y la motivación de los demás.</p> <p>La atención a las perspectivas o puntos de vista de los otros es casi nula (la atención es hipervigilante, centrada en la satisfacción de sus necesidades en la evitación del daño).</p> <p>Las interacciones sociales pueden ser confusas y desorientadas.</p>	<p>El deseo de afiliación es limitado porque presenta un profundo desinterés o expectativas de daño. El compromiso con los demás es individual, desorganizado o siempre negativo.</p> <p>Las relaciones se conceptualizan casi exclusivamente en términos de su capacidad para proporcionar bienestar o infligir dolor y sufrimiento.</p> <p>El comportamiento social/interpersonal no es recíproco, sino que busca la satisfacción de necesidades básicas o la evitación del dolor.</p>

Fuente: DSM-5 (2014)

Evaluar el nivel de funcionamiento de la personalidad, proporciona una información fundamental tanto para la planificación del tratamiento como para la predicción del curso de muchos trastornos mentales, además de los trastornos de personalidad en sí mismos. Igual de importante es poder evaluar los rasgos que conforman la personalidad según el *modelo híbrido* del DSM-5. Para ello, como ya hemos señalado anteriormente, desde este modelo se desarrolló el Inventario de la Personalidad para el DSM-5 (PID-5; *Personality Inventory for DSM-5*, Krueger et al., 2012). Gracias a este cuestionario, que puede auto o heteroadministrarse, se pueden evaluar los rasgos del modelo dimensional que propone el DSM-5 (Krueger et al., 2012). El modelo consta de 25 facetas psicológicas agrupadas en cinco dominios básicos:

- *Afecto negativo vs Estabilidad emocional*: inestabilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, sumisión, hostilidad, perseverancia, depresión, desconfianza y carencia de afecto restringido.
- *Desapego vs Extraversión*: evitación, evitación de la intimidad, anhedonia, depresión, afecto restringido y suspicacia.
- *Antagonismo vs Amabilidad*: manipulación, falsedad, grandiosidad, búsqueda de atención, insensibilidad y hostilidad.
- *Desinhibición vs Escrupulosidad*: irresponsabilidad, impulsividad, distraibilidad, asunción de riesgos y carencia de perfeccionismo rígido.
- *Psicoticismo vs Lucidez*: creencias y experiencias inusuales, excentricidad y disregulación cognitiva y perceptiva.

Así, para evaluar si un rasgo específico es elevado implicaría la comparación de los niveles de los rasgos de personalidad con la norma poblacional y/o el juicio clínico. El inventario consta de 220 ítems con respuesta de 4 opciones tipo Likert. Desde la Sección III del DSM-5 se propone una evaluación de las 25 facetas para obtener el perfil de personalidad detallado del sujeto evaluado, aunque también considera como válido y orientativo valorar al sujeto en las 5 grandes dimensiones. El DSM-5 considera un perfil de puntuaciones en las diferentes facetas y dominios para los seis trastornos de la personalidad (antisocial, evitativo, limite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico). Finalizaremos este punto, presentando el perfil de personalidad de un sujeto con TLP (ver tabla 7).

Tabla 7. Modelo dimensional del TLP en el DSM-5 (en PID-5)

Dominios	Facetas	TLP
Emocionalidad Negativa (frente a Estabilidad Emocional)	Inestabilidad Emocional	↑
	Ansiedad	↑
	Inseguridad de separación	↑
	Perseverancia	
Desapego (frente a extraversión)	Sumisión	
	Afectividad restringida	
	Depresión	↑
	Susplicacia	
	Evitación	
Antagonismo (frente a amabilidad)	Anhedonia	
	Evitación de la intimidad	
	Manipulación	
	Frialdad	
	Grandiosidad	
Desinhibición (vs escrupulosidad)	Búsqueda de atención	
	Insensibilidad	
	Hostilidad	↑
	Irresponsabilidad	
	Impulsividad	↑
Psicoticismo (frente a lucidez)	Distraibilidad	
	Asunción de riesgos	↑
	Perfeccionismo rígido	
	Creencias y experiencias inusuales	
	Excentricidad	
	Disregulación cognitiva y perceptiva	

Fuente: Mirapeix et al (2017)

Por lo tanto, a pesar de que el DSM-5 considera el diagnóstico de los trastornos de la personalidad según una perspectiva categorial, se propone un modelo híbrido alternativo. Desde este modelo, el diagnóstico de un trastorno de personalidad requiere la evaluación de las dificultades en el funcionamiento de la personalidad (mediante ENFP) y por rasgos de personalidad patológicos (mediante PID-5).

1.4.2. CIE-10 y CIE-11

La Clasificación Internacional de las Enfermedades versión 10 (CIE-10) (Organización Mundial de la Salud, 2000), dedica un capítulo, el Capítulo V, exclusivamente a la clasificación y descripción de los Trastornos Mentales y del Comportamiento.

En la CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 2000) los **Trastornos específicos de la personalidad** (código F60) son descritos como “alteraciones severas de la personalidad y de las tendencias comportamentales del individuo, que no son consecuencia directa de una enfermedad, daño o alguna otra alteración del cerebro, o de una enfermedad psiquiátrica. Normalmente abarcan diversas áreas de la personalidad y casi siempre van asociadas con tensión subjetiva y dificultades de adaptación social. Suelen estar presentes desde la infancia o la adolescencia y persisten en la vida adulta”. Exponemos los criterios diagnósticos en la tabla 8.

Tabla 8. Criterios diagnósticos del Trastorno de Personalidad (F60)

- G1. El modo de ser propio del individuo y su forma permanente de vivenciar y comportarse, se desvía de forma importante de las normas aceptadas y esperadas de la propia cultura. Esta desviación ha de manifestarse en más de una de las siguientes áreas:
1. Cognición (p. ej., en la manera de percibir e interpretar las cosas, personas y acontecimientos; en el desarrollo de las actitudes y la imagen de sí mismo y de los demás).
 2. Afectividad (rango, intensidad y adecuación de la respuesta emocional y la afectividad).
 3. Control de los impulsos y satisfacción de deseos.
 4. Modo en que se relaciona con los demás y manejo de situaciones interpersonales.
- G2. La desviación debe manifestarse de forma generalizada como un comportamiento rígido y desadaptativo que interfiere en una amplia gama de situaciones personales y sociales (p. ej., no se limita a una situación o estímulo desencadenante) .
- G3. Se produce malestar general, efecto negativo en el entorno social o ambos, claramente atribuibles al comportamiento referido en el criterio G2.
- G4. Evidencia de que la desviación es estable y de larga duración, con inicio al final de la infancia o la adolescencia.
- G5. La desviación no puede ser explicada como una consecuencia o manifestación de otros trastornos mentales del adulto. No obstante, pueden darse condiciones agudas o crónicas que se recogen en las categorías F00-F59 o F70- F79 de esta clasificación y que coexisten o se superponen a la misma.
- G6. La alteración no se debe a enfermedad del sistema nervioso central, traumatismo o disfunciones cerebrales. (En caso de que se demuestre una causa orgánica se utilizará la categoría F07.-.)

Fuente: CIE-10 (2000)

Una vez descritos los criterios para diagnosticar el TP, pasaremos a describir el **Trastorno de inestabilidad emocional** siguiendo la CIE-10. “Se trata de un trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias; el ánimo es impredecible y caprichoso. Existe predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas. Asimismo, hay predisposición a presentar un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los

actos impulsivos propios son impedidos o censurados. Se distinguen dos tipos de trastorno: el tipo impulsivo, caracterizado principalmente por inestabilidad emocional y falta de control de impulsos, y el límite, caracterizado, además, por distorsiones de la imagen corporal, de los propios objetivos y de la imagen íntima, sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables y tendencia al comportamiento autodestructivo, incluyendo gestos e intentos de suicidio”. En la tabla 9 presentaremos los criterios diagnósticos para el tipo impulsivo (F60.30) y en la tabla 10 el tipo límite (F60.31).

Tabla 9. Criterios diagnósticos del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo impulsivo (F60.30)

-
- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
 - B. Tienen que estar presentes al menos tres de los siguientes, de los cuales uno de ellos ha de ser el 2:
 - 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. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
 - C. Humor inestable y caprichoso.
-

Fuente: CIE-10 (2000)

Tabla 10. Criterios Diagnóstico del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. Tipo límite (F60.31)

-
- A. Deben cumplirse los criterios generales de los trastornos de personalidad (F60).
- B. Deben estar presentes al menos tres síntomas de los mencionados en el criterio B de F60.30, a los que se han de añadir al menos dos de los siguientes:
1. Alteraciones o dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y de las preferencias 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 autoagresión.
- C. Sentimientos crónicos de vacío.
-

Fuente: CIE-10 (2000)

Finalizaremos este punto realizando un apunte sobre la undécima revisión de la CIE (CIE-11) siguiendo la guía de referencia publicada en noviembre del 2019 (Organización Mundial de la Salud, 2019) y otros artículos publicados (Bach & First, 2018; Cave, 2018). En la guía publicada vemos que los Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo se encuentran en el Capítulo 6. Explican, además, que para proponer este capítulo han estado en contacto estrecho con la APA con tal de armonizar la clasificación y los criterios propuestos con la recién publicada Quinta edición del Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) (American Psychiatric Association, 2014).

En la CIE-11 el equivalente al código F60 son los Trastornos de Personalidad y rasgos asociados. Así, según Cave et al., (Cave, 2018) en la propuesta final del sistema de la CIE-11 para diagnosticar un TP y rasgos asociados, se distinguen tres niveles que deben ser evaluados, y un cuarto opcional (ver tabla 11).

Tabla 11. Esquema para el uso de la clasificación de trastorno de personalidad CIE-11.

-
1. Investigación de los criterios diagnósticos generales (ver tabla 12); si se cumplen, entonces
 2. Investigación del grado de severidad y,
 3. Investigación de los dominios rasgos de personalidad clínicamente relevantes
 4. Opcional: determinación de los rasgos que cualifiquen como *Borderline* (ver tabla 18).
-

Fuente: Cave (2018)

El primero, determinar si existe o no un TP e identificar si es de inicio tardío (ver tabla 12). En segundo lugar, estipular la severidad de la alteración (leve, moderado o severo). En tercer lugar, la cualidad del trastorno que se establece a través de la descripción del dominio de rasgos, aquellos 5 dominios que son más destacados en cada individuo, que pueden o no ser patológicos de acuerdo a su severidad (propuesta cercana a la de la Sección III del DSM-5) (para información más detallada puede consultarse el artículo de Cave et al. (Cave, 2018). En cuarto lugar, en la CIE-11 se puede utilizar el calificador del patrón límite. Es una parte opcional y se puede usar en combinación con los calificadores de rasgo. El calificador de patrón límite se operacionaliza como que requiere al menos de 5 de 9 características politéticas adaptadas de los criterios del DSM-5 para el TLP. Lo presentamos en la tabla 13.

Tabla 12. Propuesta para el trastorno de personalidad en el CIE-11

Trastorno de la personalidad

- Alteración profunda de cómo un individuo experimenta y piensa sobre sí, los otros y el mundo, que se manifiesta en patrones mal adaptativos de la cognición, experiencia emocional, expresión emocional y conducta.
 - Los patrones mal adaptativos son relativamente inflexibles y están asociados con problemas significativos en el funcionamiento psicosocial que son particularmente evidentes en las relaciones interpersonales.
 - La alteración se manifiesta a través de un rango de situaciones personales y sociales (es decir, no está limitada a relaciones o situaciones específicas).
-

(continúa en la página siguiente)

-
- La alteración es relativamente estable en el tiempo y es de larga duración. Más comúnmente, el trastorno de personalidad tiene sus primeras manifestaciones en la niñez y es claramente evidente en la adolescencia.

Calificador inicio tardío

- Si la alteración tiene su origen en la adultez, se puede agregar el calificador “inicio tardío”. El calificador “inicio tardío” se debe emplear para aquellos casos en los cuales, por la historia, no hay evidencia de un trastorno de la personalidad o de sus primeras manifestaciones antes de la edad de 25 años.

Fuente: Cave (2018)

Tabla 13. Calificador de patrón límite según la CIE-11.

El patrón de alteración de la personalidad se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, autoimagen y afectos, y marcada impulsividad, como lo indican cinco (o más) de los siguientes:

- Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
- Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, típicamente caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación.
- Alteración de la identidad, que se manifiesta en una imagen o un sentido de sí mismo marcada y persistentemente inestable.
- Impulsividad manifestada en conductas potencialmente autodestructivas (p. ej., conducta sexual de riesgo, conducción imprudente, consumo excesivo de alcohol o sustancias, atracones).
- Episodios recurrentes de autolesión (por ejemplo, intentos o gestos de suicidio, automutilación).
- Inestabilidad emocional debido a una marcada reactividad del estado de ánimo. Las fluctuaciones del estado de ánimo pueden ser provocadas internamente (por ejemplo, por los propios pensamientos) o por eventos externos. Como consecuencia, el individuo experimenta estados de ánimo disfóricos intensos, que normalmente duran unas pocas horas, pero pueden durar hasta varios días.
- Sentimientos crónicos de vacío.
- Ira intensa inapropiada o dificultad para controlar la ira que se manifiesta en muestras frecuentes de mal genio (por ejemplo, gritar, arrojar o romper cosas, meterse en peleas físicas).
- Síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótico (por ejemplo, alucinaciones breves, paranoia) en situaciones de alta excitación afectiva.

(continúa en la página siguiente)

Otras manifestaciones del patrón límite, no todas las cuales pueden estar presentes en un individuo en un momento dado, incluyen las siguientes:

- Una visión del yo como inadecuado, malo, culpable, repugnante y despreciable.
- Una experiencia del yo como profundamente diferente y aislado de otras personas; una dolorosa sensación de alienación y soledad generalizada.
- Propensión a la hipersensibilidad al rechazo; problemas para establecer y mantener niveles de confianza consistentes y apropiados en las relaciones interpersonales; Malentendidos frecuentes de señales sociales.

Fuente: Bach y First (2018)

1.5. Epidemiología, curso clínico y pronóstico del TLP

1.5.1. Epidemiología del TLP

El TLP es un trastorno mental grave cuya prevalencia, en términos generales, es de aproximadamente un 1,6% de la población general (American Psychiatric Association, 2014). Sin embargo, los diferentes estudios de prevalencia muestran resultados variables, que oscilan entre el 0,5 y el 5,9% en población general (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011). Estas prevalencias aumentan considerablemente en la población clínica, siendo el TLP el trastorno de personalidad más frecuente, con una prevalencia del 10% de todos los pacientes psiquiátricos y entre el 15 y el 25% de los pacientes psiquiátricos ingresados (Gunderson, 2009). En atención primaria, la prevalencia informada para el TLP es cuatro veces más alta que en población general (prevalencia del 6,4%), lo que sugiere que los individuos con este trastorno son usuarios frecuentes de los servicios médicos generales (American Psychiatric Association, 2014; Gross et al., 2002). Es destacable la diferencia existente entre las prevalencias reportadas en escenarios clínicos (10-25%) y en la población general (0,5-5,9%). Una de las hipótesis en relación con estas diferencias podría ser que un número importante de pacientes TLP no están siendo diagnosticados adecuadamente y, por lo tanto, no están recibiendo el tratamiento adecuado (Gunderson, 2009). A la vez, estas diferencias también han sido observadas en

nuestro entorno, con una prevalencia en atención primaria muy inferior a la reportada en estudios internacionales (0,017% vs 6,4) (Aragonès, Salvador-Carulla, López-Muntaner, Ferrer, & Piñol, 2013; Ferrer, 2014).

En cuanto a las diferencias de género, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014) informa de una *ratio* de tres mujeres por cada varón en población clínica, es decir, se diagnostica predominantemente en las mujeres (aproximadamente un 75%). Sin embargo, en población general no se observan estas diferencias de género tan significativas (Leichsenring et al., 2011). Así, estudios recientes estiman que en la adultez, el TLP se presenta en un 3% de mujeres y en un 2,4% de varones (Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014).

El TLP presenta un riesgo de suicidio a lo largo de la vida varía entre un 3 y un 10% (Paris & Zweig-Frank, 2001), este riesgo se observa mayoritariamente en los adultos jóvenes y disminuye gradualmente con la edad (American Psychiatric Association, 2014).

Estos datos sugieren de la importancia de estudiar en profundidad este trastorno para lograr en la mejora de su comprensión, detección precoz, intervención preventiva y atención global a un sector de la población tan amplio y grave como el descrito.

1.5.2. Curso clínico y pronóstico del TLP

El curso clínico de los pacientes con TLP es con frecuencia inestable y variable, con periodos de estabilidad que se alternan con periodos de crisis y, por lo tanto, reagudizaciones de la sintomatología clínica. Siguiendo las aportaciones del DMS-5 el “patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental” (American Psychiatric Association, 2014). Las características

afectivas como la ira, la ansiedad o la depresión, y la tendencia a experimentar emociones intensas, a la vez, que su funcionamiento social, suelen ser los síntomas más frecuentes y estables en el tiempo (American Psychiatric Association, 2014; Leichsenring et al., 2011). Sin embargo, los síntomas impulsivos son los que presentan una evolución más favorable, especialmente las autolesiones, el abuso de tóxicos y la promiscuidad sexual (Zanarini, Laudate, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2011).

En cuanto al pronóstico, también se observa una evolución variable en el TLP. Se ha descrito una mejora sintomática durante la década de los treinta y los cuarenta, momento en que se logra cierta estabilidad en las relaciones interpersonales y el funcionamiento profesional (American Psychiatric Association, 2014). En varios estudios longitudinales se han observado tasas de remisión de hasta el 85% en 10 años (Gunderson et al., 2011; Hopwood et al., 2009), y en el DSM-5 se informa que en esta franja temporal casi la mitad de las personas ya no cumpliría todos los criterios para presentar un TLP. Se ha encontrado que algunas variables que se relacionan positivamente con la mejoría clínica a lo largo de los años son el ámbito demográfico, ser joven en el momento del diagnóstico, la ausencia de abusos sexuales previos, no tener familiares con trastornos adictivos, tener buenos resultados académicos, presentar un bajo neuroticismo y una elevada agradabilidad y no presentar comorbilidad con trastornos del clúster C (Feliu, Soler, & Borràs, 2014).

1.6.Etiología del TLP. Modelos teóricos.

La etiología del TLP está en constante debate desde hace décadas a través de numerosos estudios e investigaciones. Llegar a establecer los factores etiológicos que conducen al desarrollo del TLP es altamente significativo dada su prevalencia, morbilidad y mortalidad. En la actualidad, existen en la literatura múltiples teorías sobre lo que

comprende el núcleo de la psicopatología del TLP, cada una con características distintivas y cada una con un modelo de tratamiento asociado.

Para exponer los modelos teóricos principales que estudian la etiología del TLP nos basaremos en un estudio de revisión de Gunderson recientemente publicado (Gunderson, Fruzzetti, Unruh, & Choi-Kain, 2018). Siguiendo a los mismos autores, los motivos por los que estos modelos fueron seleccionadas fueron varios: (1) cada una define un núcleo organizativo para el TLP, (2) tienen modelos asociados y ampliamente reconocidos para la psicoterapia, (3) se enseñan a través de una escuela de gran influencia, activa y comprometida y, (4) tienen una base sólida teórica que respalda y justifica sus afirmaciones.

Siguiendo con el estudio de revisión de Gunderson (Gunderson et al., 2018), los cuatro modelos que vamos a desarrollar, cumplen con cinco requisitos que Gunderson describe como niveles de calidad: (1) adecuada capacidad para explicar que el TLP está conformado por cuatro componentes: interpersonal, afectivo, conductual y cognitivo; (2) dan respuesta a la comorbilidad del TLP con otros trastornos; (3) distinguen el TLP de otros trastornos mentales; (4) incorporan conocimientos sobre la heredabilidad del TLP; y (5) presentan adecuada utilidad clínica, esto es, claridad, comprensibilidad y aplicaciones clínicas. En la tabla 14 presentamos brevemente estas teorías.

Tabla 14. Cuatro teorías sobre el TLP.

Teoría/Autor	Concepto principal	Resumen
<i>Teoría de la agresividad excesiva</i> (Kernberg, 1968)	Agresividad excesiva	En esta teoría sobre el TLP, la agresividad se considera un instinto básico humano; la agresividad excesiva puede ser determinada genéticamente o debida a un exceso de frustraciones durante la infancia. En cualquier

(continúa en la página siguiente)

				<p>caso, este exceso de agresividad alterna entre una expresión inapropiada y ofensiva y ser defensivamente suprimido y escindido (disociación); por lo tanto, la agresividad se dirige hacia uno mismo (<i>self</i> “malo”) o se proyecta hacia los demás (el otro “malo”, <i>self</i> “bueno”).</p>
Teoría	Biosocial	(Linehan, 1993)	Disregulación Emocional	<p>Esta teoría identifica una capacidad deficiente de regulación emocional. Esta deficiencia se cree que es una disposición neurobiológica que se manifiesta en emociones excesivamente intensas y prolongadas. Este déficit se manifiesta únicamente cuando las emociones del niño pre-límite no son validadas. Las emociones disreguladas desencadenan el problema conductual e interpersonal del paciente límite.</p>
Modelo	basado en	en	Mentalización	<p>La mentalización fallida se refiere a la incapacidad de identificar EM (por ejemplo, actitudes o sentimientos) en uno mismo o en los demás y para reconocer cómo estos EM son influenciados entre sí. Esta discapacidad psicológica comienza temprano en el desarrollo debido a la incapacidad de los padres para ayudar a los niños a identificar de manera precisa y verbal sus sentimientos o los que evocan.</p>
Mentalización	(Fonagy & Luyten, 2009)	&	Fallida	
Modelo de hipersensibilidad interpersonal	(Gunderson & Lyons-Ruth, 2008)		Hipersensibilidad Interpersonal	<p>En esta teoría, la hipersensibilidad y la reactividad excesiva a las señales interpersonales son una disposición genética. El niño pre-límite tenderá a vivir como altamente estresantes prácticamente cualquier tipo de frustración o desencuentro. La persona con TLP reacciona a las fallas percibidas de apoyo de los demás sintiendo que esto es cruelmente injusto ("otro malo") o que él o</p>

(continúa en la página siguiente)

ella es inherentemente malo ("yo malo").
Estar solo es intolerable, ya sea desencadenando experiencias disociativas o paranoicas o actos desesperadamente impulsivos que obligan a otros a involucrarse.

Fuente: texto adaptado de Gunderson et al. (2018)

A continuación, pasaremos a desarrollar con más detalle los modelos teóricos mencionados. Se trata de aproximaciones multifactoriales con particularidades en sus construcciones y procesos específicos. Sin embargo, todas ellas, bajo un marco de psicopatología del desarrollo, sugieren que las vulnerabilidades genéticas interactúan con procesos transaccionales complejos y dinámicos entre el cuidador y el niño a lo largo del tiempo, aumentando la probabilidad de desarrollar características límite o TLP (Sharp & Fonagy, 2015). Además, hasta el momento, los modelos interactivos biología-ambiente son los más aceptados por la comunidad científica (Leichsenring et al., 2011).

1.6.1. Modelo de Agresividad excesiva.

Autores: Otto Kernberg (Kernberg, 1967).

La teoría de la agresión excesiva fue descrita por Otto Kernberg a partir de la teoría psicoanalítica, específicamente de la teoría de las relaciones objetales promovida por Melanie Klein (Kernberg, 1967). Esta teoría defiende que el instinto agresivo es universal y estudia los cambios y las peculiaridades que ocurren en el mismo. Kernberg (Kernberg, 1993) propone que la organización de la personalidad de una persona se conforma en base a (1) su grado de integración de la identidad, (2) los tipos de operaciones defensivas que utiliza habitualmente y (3) la capacidad para la prueba de realidad. En base a la severidad y el carácter "primitivo" del funcionamiento de una persona en estos tres dominios, propusieron que las personas presentan tres tipos de

organizaciones estructurales amplias correspondientes a la organización Neurótica, Límite y Psicótica de la personalidad. Esta teoría estudia únicamente de forma superficial las caracterizaciones descriptivas y observables de las personas con TLP. Así, defienden que aquellos que cumplen con los criterios del DSM para el TLP son un subgrupo de la clase más amplia de personas dentro de los que presentan una organización Límite de la personalidad. Este subgrupo basado en el DSM fue un ejemplo particularmente sintomático de este nivel de organización de la personalidad, y también observaron que este subgrupo era particularmente común en entornos psiquiátricos y especialmente psicoterapéuticos.

Siguiendo con esta teoría, consideran que la agresividad puede estar determinada genéticamente (por una variación extrema del instinto agresivo que presentamos todas las personas) o bien desarrollarse como consecuencia de una frustración excesiva durante la infancia. Así el conflicto básico dentro de la personalidad de una persona con TLP, identificado como mecanismo de escisión, es la alternancia entre una expresión mal adaptada de la agresividad (enfado excesivo contra un otro injusto) y la supresión de la agresividad (enfado excesivo hacia uno mismo). Esta escisión responde a la falta de integración de los aspectos “buenos” y “malos” de la realidad del sí mismo y de los demás que se debe a la predominancia de una agresión grave temprana activada en estos pacientes. Esta teoría sitúa el núcleo del TLP en las alteraciones cognitivas e identitarias. Esta disociación entorno a la agresividad explica los actos impulsivos, un sentido de sí mismo alterado y distorsionado y conductas autodestructivas. Las experiencias paranoicas (alteraciones cognitivas) se conceptualizan como proyecciones defensivas de hostilidad repudiada hacia los demás. Las fallas en el sentido de la realidad (por ejemplo, la disociación) se consideran defensas psicológicas contra realidades “intolerables”.

1.6.2. Modelo Biosocial

Autores: Crowell et al., (Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009) y Linehan (Linehan, 1993).

El desarrollo del TLP está influenciado por:

- Una vulnerabilidad biológica en forma de sensibilidad y reactividad emocional (Linehan, 1993) e impulsividad (Crowell et al., 2009).
- Las características del niño, del cuidador, el contexto ambiental y las transacciones continuas dinámicas entre estas características.

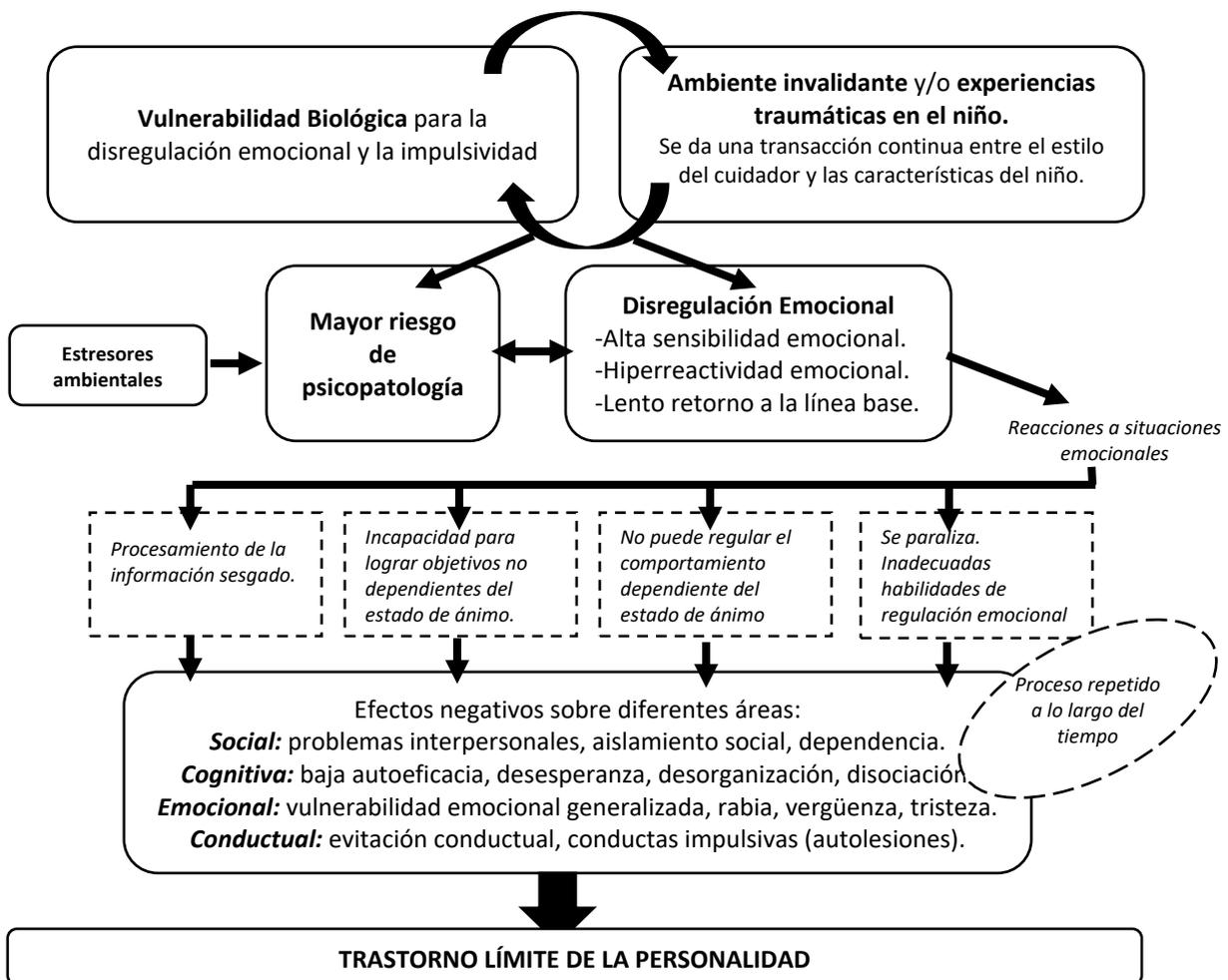
Estas características se retroalimentan entre ellas. Así, las vulnerabilidades biológicas afectan al temperamento y las características del niño, lo que a su vez afecta al estilo del cuidador y al contexto ambiental. Con esto se va conformando un ambiente invalidante para el menor, con una intensificación de las manifestaciones emocionales extremas y la vivencia de experiencias traumáticas por el niño. Tales interacciones aumentan:

- El riesgo de sufrir psicopatología.
- El riesgo de disregulación emocional en forma de alta reactividad emocional, sensibilidad emocional y lento retorno a la línea base emocional (Linehan, 1993).

Debido a estos factores, las reacciones conductuales y cognitivas a situaciones emocionales están disreguladas. Como resultado de esto aparecen sesgos a la hora de procesar la información, dificultades para regular el comportamiento dependiente del estado de ánimo, incapacidad para lograr objetivos dependientes del estado de ánimo, llegando la persona a paralizarse emocionalmente. Cuando estas reacciones ocurren repetidamente durante meses y años, la disregulación de las emociones se vuelve

característica y genera como respuesta el aislamiento social, la desesperanza, la tristeza, la vergüenza, la ira y los comportamientos impulsivos repetitivos (entre otros; ver ejemplos en la figura 1). Estos rasgos y comportamientos (que probablemente surgieron por primera vez en casos de disregulación extrema) se vuelven cada vez más frecuentes y se refuerzan a través de su descubrimiento como una regulación de la emoción y/o como estrategias de evitación. Por lo tanto, según este modelo, la vulnerabilidad temprana interactúa con la historia del aprendizaje a través de mecanismos de socialización disfuncionales en el contexto familiar, para dar forma y mantener aspectos emocionales, conductuales, interpersonales y cognitivos disregulados del *self* que, finalmente, culminan en el complejo TLP. El modelo queda representado en la Figura 1.

Figura 1. Modelo Biosocial del TLP



Fuente: figura adaptada del texto de Crowell et al., (2009) y Linehan (1993)

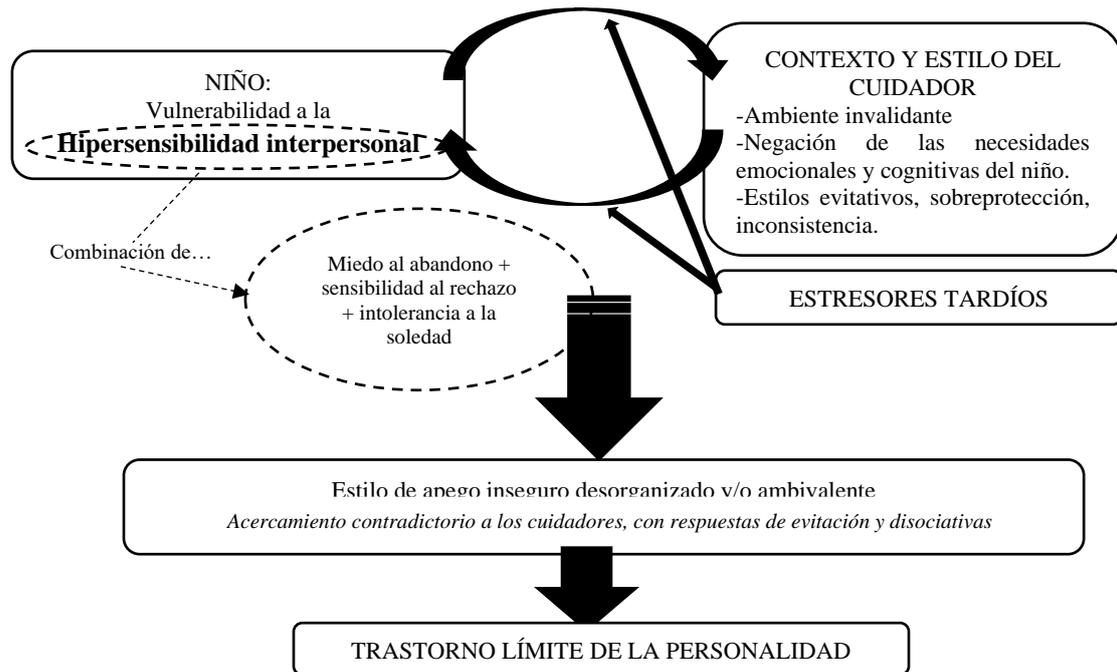
1.6.3. Modelo de Hipersensibilidad Interpersonal

Autores: Gunderson y Lyons-Ruth (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

Gunderson y Lyons-Ruth exponen una teoría según la cual el niño predispuesto al TLP presenta una hipersensibilidad a los factores estresantes interpersonales. Este estilo, que combinaría miedo al abandono, sensibilidad al rechazo, e intolerancia a la soledad, ha sido considerada heredable a partir de algunos estudios (Jang, Livesley, Vernon, & Jackson, 1996), por lo que Gunderson y Lyons-Ruth se refieren a él como un *fenotipo de hipersensibilidad interpersonal*. Su familiaridad y heredabilidad son comparables con las de las otras dimensiones claves del TLP, esto es, con la inestabilidad afectiva y la impulsividad.

Según este modelo (ver figura 2) hay un grupo de niños que presentan una sensibilidad temperamental que les predispone al estrés interpersonal, siendo esto un factor de vulnerabilidad que, bajo condiciones de crianza inadecuadas y estresores tardíos, podría llegar a constituirse en estrategias de tipo desorganizado, ambivalente y/o controlador. Estas estrategias llevan a una escalada de transacciones problemáticas entre el cuidador primario y el niño, que derivan, en última instancia al desarrollo del TLP. Por lo tanto, el estilo relacional que acaba desarrollando el paciente límite tiene que ver con la interacción continua entre el niño y el cuidador. Se trata de un estilo paradójico al combinar necesidades intensas de proximidad y atención, y a la vez un fuerte temor al rechazo y al abandono. La necesidad de cercanía con otros tiene un valor evolutivo positivo. Por lo tanto, el aspecto temeroso del estilo interpersonal del TLP es el más distintivo y patológico.

Figura 2. Modelo de Hipersensibilidad Interpersonal

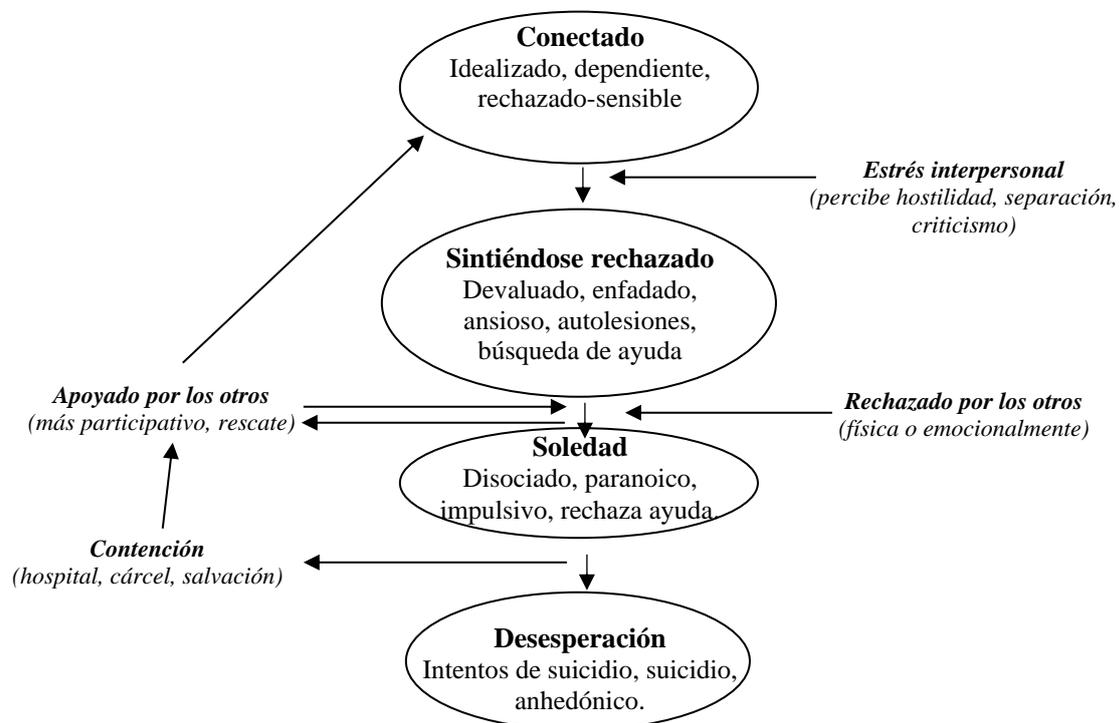


Fuente: figura adaptada de Gunderson y Lyons-Ruth (2008)

Para finalizar con este modelo, nos pararemos a describir el constructo de “Hipersensibilidad Interpersonal” que propone Gunderson (Gunderson, 2014) (ver figura 3). Como ya hemos estudiado, las personas con TLP cambian dramáticamente en respuesta a su propio contexto interpersonal. A nivel relacional, tanto en relaciones cotidianas como en el propio *setting* del tratamiento, los pacientes *borderline* frecuentemente se mueven entre sentirse conectados o sostenidos y sentirse rechazados, normalmente debido a su vulnerabilidad al estrés interpersonal y facilidad para sentir que está siendo criticado, percibir hostilidad o en momentos de separación. Así, pasa de mostrarse complaciente e incluso atractivo (normalmente movido por su facilidad para idealizar al otro) a mostrarse enfadado, ansioso e incluso aparecer conductas autolesivas. Esto genera que el sujeto límite perciba aún mayor rechazo por parte del otro (ya sea una distanciamiento físico o emocional), apareciendo fuertes sentimientos de abandono, y soledad. Esto activará respuestas potencialmente dañinas (alta impulsividad, paranoia, disociación) que pueden llegar a la desesperación con conductas suicidas. Esta escalada

puede ir frenándose en el momento en que el paciente siente ese rechazo si ese otro se muestra comprensivo, atento y le da apoyo. Hecho que puede volver a conectar al paciente con el momento inicial. Si, por el contrario, la escalada continúa, una intervención de urgencia mediante contención puede frenar al paciente límite para que no llegue a sentirse desesperado y así recuperar mayor estabilidad.

Figura 3. Hipersensibilidad Interpersonal



Fuente: figura adaptada de Gunderson y Lyons-Ruth (2008)

1.6.4. Modelo de Mentalización

Autores: Bateman y Fonagy (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Luyten, 2009; Fonagy et al., 2017a).

Como ya desarrollaremos más adelante con más detalle, concretamente, en el punto 2. de “Cognición Social” (CS en adelante) el término mentalización es un término

similar al de CS, pero que aparece dentro del Modelo de Mentalización para el TLP que es el que nos ocupa.

Mentalizar hace referencia a una de las capacidades más peculiares y distintivas del ser humano: es la habilidad humana de percibir, interpretar y comprender tanto el propio funcionamiento como el de aquellos con los que nos relacionamos en términos de *estados mentales intencionales*, esto es, en términos de necesidades, deseos, sentimientos, creencias, objetivos, propósitos, etc. (Bateman & Fonagy, 2016; Fonagy & Luyten, 2009). Así, esta capacidad permite conectar con lo que sentimos al pensar ciertas cosas, entender las razones por las que nos podemos sentir de tal o cual forma, conectar con emociones diversas (en ocasiones contradictorias), y hacer el ejercicio de tratar de entender las razones y los sentimientos del otro, todo lo cual facilita la regulación emocional y un funcionamiento saludable. En resumen, hace posible entendernos y entender al otro de modo sintónico y regulado.

El modelo del TLP basado en el apego y la mentalización que proponen Fonagy et al. (Bateman & Fonagy, 2004, 2016), se construye bajo la influencia, entre otros, del psicoanálisis, las teorías sobre el apego, los estudios sobre CS y los diferentes modelos etiológicos del TLP. A partir de su modelo teórico crearon la Terapia basada en Mentalización (*Mentalization based treatment*, MBT en adelante, Bateman & Fonagy, 2016). Su principal interés, inicialmente, fue estudiar las disfunciones propias del TLP. Posteriormente, ha sido aplicada a un amplio número de patologías psiquiátricas: trastorno por estrés postraumático, adicción a las drogas, trastornos de la conducta alimentaria, etc. (Bateman & Fonagy, 2010; Jørgensen et al., 2013; Weijers et al., 2016).

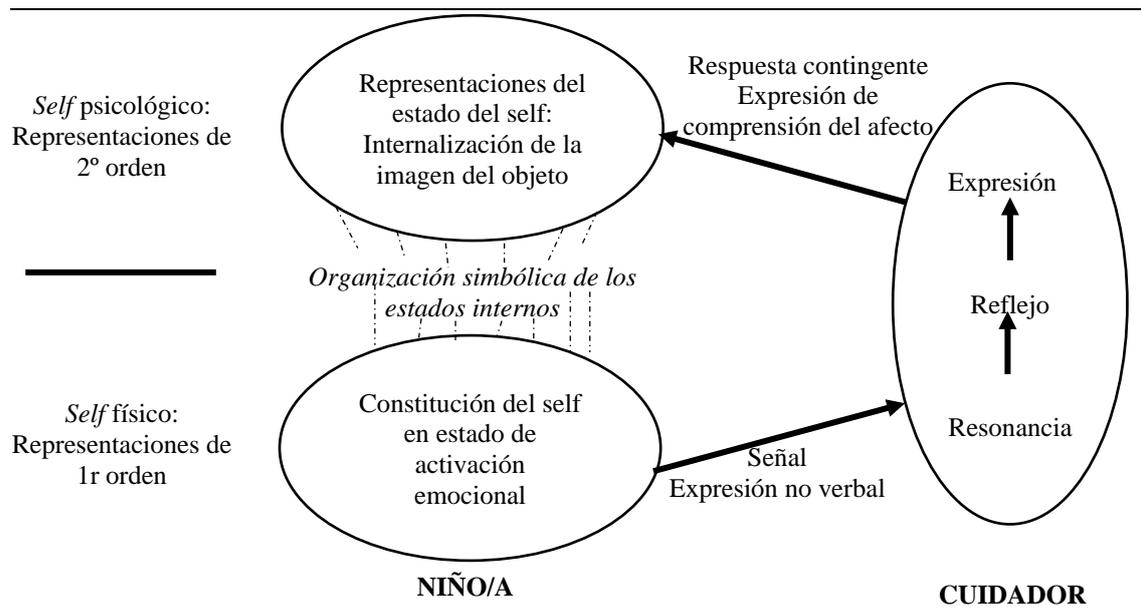
Hay varios conceptos clave para comprender el modelo de la mentalización para el TLP: *mentalización, especularización, confianza epistémica multidimensionalidad de la mentalización y modos de no mentalización y alien self*.

Este modelo tiene sus inicios en un importante estudio empírico en el que se mostró la importancia de la seguridad del apego de los niños para su posterior desarrollo (Bateman & Fonagy, 2016). A partir de este estudio, aparecieron otros en los que se ponía de relieve que la capacidad de mentalización, que emerge en las primeras relaciones tempranas de apego, puede ser un determinante clave de la organización del *self* y la regulación de los afectos.

Así, estos autores proponen que la correcta capacidad de *mentalización*, esto es, de comprensión de los demás y de uno mismo, se relaciona, en gran parte, con que nuestros EM cuando éramos niños fueran entendidos adecuadamente por cuidadores cariñosos y atentos (Bateman & Fonagy, 2016; Choi-Kain & Gunderson, 2008; Fonagy & Luyten, 2009). Esta comprensión se da en un proceso en el que el niño observa, refleja y después interioriza la capacidad para representar y reflejarse los EM de sus figuras de apego. Para ello, Fonagy et al (Fonagy, Gergely, Jurist, & Target, 2002) señalan la importancia de una *especularización* marcada de las reacciones emocionales del niño. Esto significa que un adulto es capaz de representarse el estado emocional del niño, hacerle sentir comprendido, al tiempo que le transmite la forma de afrontar ese afecto, en lugar de meramente reflejárselo de vuelta. Esta habilidad de la figura de apego para responder con un despliegue afectivo, contingente y marcado, de su propia experiencia en respuesta a la experiencia subjetiva del bebé, posibilita que éste desarrolle representaciones coherentes de segundo orden de dichas experiencias subjetivas. La calidad con que se desarrolle este proceso, se relaciona con la calidad del desarrollo de la capacidad de mentalizar y además desempeña un papel importante en el desarrollo

temprano del autocontrol, los procesos de regulación del afecto y del *self* (ver figura 4). Cuando este proceso es adecuado, se promueve en el niño *confianza epistémica*, término que define que el niño (o adulto) confía en que la información que recibe de otra persona es relevante y útil para él, en especial en lo que se refiere al modo en que funciona el mundo social y relacional.

Figura 4. Proceso de especularización. Afecto y Regulación del Self a través del Reflejo



Fuente: imagen tomada y adaptada del curso de habilidades básicas para la mentalización, Bateman 2019.

Para ampliar el conocimiento sobre la mentalización debemos señalar, siguiendo las aportaciones realizadas por los autores de la MBT (Bateman & Fonagy, 2016) y otros provenientes de la neurociencia social (Lieberman, 2007), su naturaleza *multidimensional: controlada vs automática, sobre otros vs uno mismo, interna vs externa y cognitiva vs afectiva*. Concretaremos esta idea con más detalle cuando desarrollemos el funcionamiento de la mentalización en el TLP (punto 2.4.1.1.). Únicamente señalar que, cuando se da un desequilibrio en alguna de estas dimensiones, como es característico en personas con TLP, ocurren fallos en la mentalización y la persona suele caer en determinados *modos de pensamiento*. Estos modos conllevan fallas

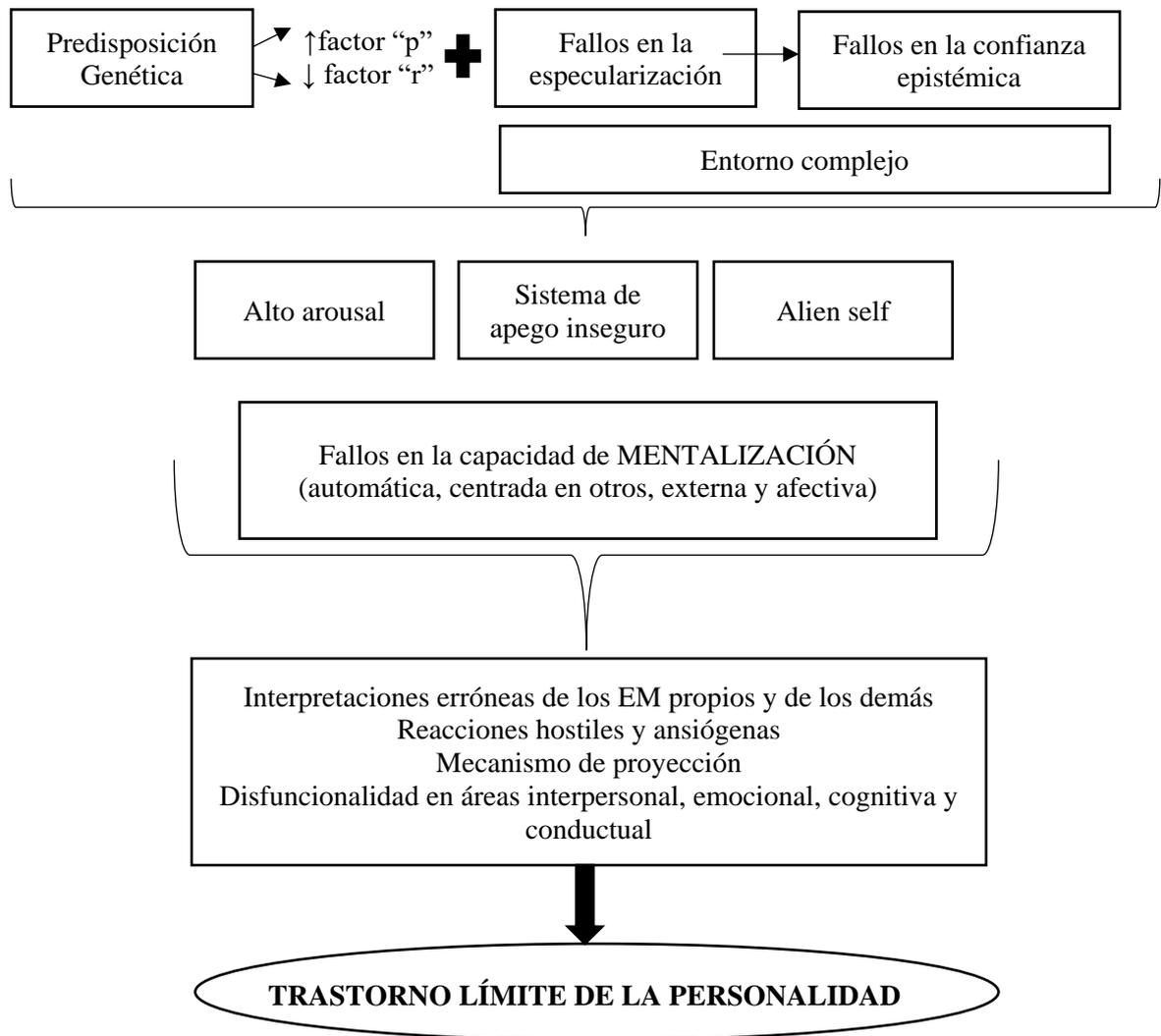
en alguna de estas dimensiones. Así, cuando la emoción domina la cognición se entra en el modo de *equivalencia psíquica*; cuando el foco se centra exclusivamente en las características externas se entra en el modo *teleológico*; y/o cuando hay fallos en la mentalización controlada podemos caer en el modo *simulado*) (para ampliar la información se puede consultar el manual de Bateman y Fonagy (Bateman & Fonagy, 2016). En esos momentos, en que la mentalización falla y se cae en modos no mentalizadores, en parte debido a que el proceso de especularización ha fallado, se activa lo que los autores de la MBT denominan *alien self*. Así, el niño en lugar de construir el propio *self* a partir de elementos propios que han sido reflejados de forma modulada por el cuidador, incorpora como propios elementos que son ajenos (que son del cuidador) y va instaurando un *alien self* anidado en el interior de su propio *self*. Esta incorporación genera en el niño reacciones hostiles y ansiógenas (si las reacciones del cuidador eran de este tipo ante determinado estado emocional del niño), lo que genera la sensación angustiante de tener deseos o sentimientos que el niño (o ya adulto) no siente como propios. Ante esta discontinuidad del *self* la persona resuelve su falta de coherencia interna proyectando los aspectos indeseables de uno mismo que se consideran ajenos hacia el exterior.

Para acabar de comprender el concepto de *alien self* utilizaremos un ejemplo real que sucedió en consulta con una paciente TLP: *se hizo esperar 20 minutos a la paciente. Al entrar en despacho se mostró enfadada, con actitud hostil y defensiva... Se exploró esta reacción con su terapeuta y apareció que la paciente se había sentido menospreciada, no tenida en cuenta, maltratada... pudimos ver que así sentía que su madre le había tratado gran parte de su vida. Se observaba esa incoherencia en la paciente, al mostrarse angustiada y hostil... como si esa actitud o ese alien self no fuera*

propio, sino que fuera incorporado de esta mama negligente y lo proyectara en la terapeuta.

A modo de resumen, el desarrollo de la mentalización depende de la calidad del entorno en que se produce el aprendizaje social del niño, de las relaciones familiares y, en particular, de sus apegos tempranos, ya que estos reflejan el grado en que sus experiencias subjetivas fueron adecuadamente especularizadas por un determinado cuidador. Cuando este proceso ha fallado surgen, entre otros aspectos, disfuncionalidades en el área interpersonal. Estas disfuncionalidades son propias de la persona con TLP, producto de que el niño pre-límite no tuvo sus EM atendidos, etiquetados correctamente y aceptados por sus cuidadores (fallos en la especularización). Las percepciones resultantes, poco realistas, extremas o desequilibradas de uno mismo o de los demás, pueden ser los causantes de los problemas emocionales, conductuales, cognitivos e interpersonales típicos de la persona con TLP. En la persona afectada con TLP se dan fallos específicos en las dimensiones de la mentalización, tienden a realizar atribuciones de los EM automáticas, centrado en los otros, externos y afectivos. En situaciones de alto *arousal*, que suelen responder a eventos interpersonales adversos, se activa en la persona con TLP el sistema de apego, lo que produce fallos en la mentalización. El núcleo del TLP, por lo tanto, son los fallos en la mentalización. En los últimos años los creadores han seguido desarrollando el modelo (Fonagy et al., 2017), proponiendo predisposiciones genéticas, como un factor de psicopatología general (factor p), presente en todos los trastornos de personalidad, aumentado en el TLP y un factor de resiliencia (factor r) disminuida (Caspi et al., 2014; Fonagy et al., 2017a). Con estas aportaciones, que siguen investigándose, se pretende ampliar el Modelo de Mentalización. Para finalizar este punto en la figura 5, presentamos un esquema elaborado por la autora sobre el Modelo de Mentalización.

Figura 5. Modelo de mentalización para el TLP.



Fuente: elaboración propia

1.6.5. Conclusiones sobre la etiología del TLP

En el apartado de definición del TLP hemos descrito que el TLP puede considerarse como una heterogénea constelación de síntomas caracterizada por severos y persistentes problemas en diferentes dominios de funcionamiento psicológico y personal y, en concreto, en las áreas: interpersonal, cognitiva, comportamental y emocional (American Psychiatric Association, 2014; Gunderson et al., 2011; Linehan, 1993; Skodol, Gunderson, et al., 2002)

Numerosos estudios han demostrado que la disfunción en el área emocional es una característica central del TLP (Sanislow et al., 2002; Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003). Sin embargo, otros autores defienden que la alta sensibilidad emocional de los pacientes con TLP responde a desencadenantes interpersonales, especialmente aquellos relacionados con vivencias de abandono o rechazo (Bateman & Fonagy, 2010; Staebler et al., 2011; Stiglmayr et al., 2005). Asimismo, se ha observado que muchos de los actos autodestructivos asociados al TLP, como la impulsividad, los intentos autolíticos o las autolesiones, pueden desencadenarse por conflictos interpersonales reales o imaginados (Levy, 2005; Németh et al., 2018). Gracias a estas observaciones, en las últimas décadas la investigación se ha centrado cada vez más en el estudio de las disfunciones sociales en las personas con TLP (Herpertz & Bertsch, 2014; Roepke, Vater, Preißler, Heekeren, & Dziobek, 2012; Sharp & Vanwoerden, 2015). Algunos ejemplos sobre los problemas relacionales que presentan son los que encontramos en la literatura: se ha observado que los adultos con TLP experimentan una mayor cantidad de rupturas y conflictos dentro de las relaciones más íntimas (Labonte & Paris, 1993), mayor presencia de conflictos con padres, amigos y hermanos (Skodol et al., 2002), menor satisfacción conyugal, más problemas de comunicación y niveles más altos de violencia en las relaciones de pareja (Bouchard & Sabourin, 2009). Del mismo modo, en estudios de laboratorio personas con TLP han mostrado una recuperación retardada de los niveles de cortisol, en situaciones de conflictos interpersonales (Buchheim et al., 2008).

Estos patrones de vulnerabilidad interpersonal característicos de las personas con TLP, pueden desencadenarse debido a la vivencia de experiencias invalidantes durante el desarrollo de la persona. Estas experiencias hacen referencia, especialmente, al hecho de haber sufrido malos tratos durante la infancia, ya sea en forma de abuso como de negligencia. Estas experiencias juegan un papel muy importante para el posterior

desarrollo del TLP, sin ser un factor determinante. Así, se ha visto que no todas las personas con TLP han sufrido traumas en la infancia, y no todas las personas que han sufrido traumas en la infancia son diagnosticadas con TLP (Graybar & Boutilier, 2002; Zanarini, 2000). Estas experiencias pueden generar que las personas con rasgos limítrofes sean especialmente vulnerables y reactivas a los estresores interpersonales en el presente. Así, varias investigaciones defienden la idea de que los temores de abandono, la sensibilidad al rechazo y la intolerancia a la soledad pueden ser la base de muchas dificultades interpersonales comunes en personas con TLP, lo que contribuye a la angustia y a los comportamientos relacionales inadaptados (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). En la misma línea, se propone que la causa de estos problemas interpersonales puede ser justificada por las dificultades derivadas para comprender adecuadamente las razones subyacentes del comportamiento de los otros, sus intenciones, pensamientos o sentimientos, o lo que es lo mismo, por alteraciones en su CS (Bateman & Fonagy, 2016; Fossati, Somma, Krueger, Markon, & Borroni, 2017; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Németh et al., 2018; Roepke et al., 2012; Stiglmayr et al., 2005). Es en esta última década cuando hemos observado un aumento notable del interés por investigar los déficits sociocognitivos del TLP como posible base de las dificultades interpersonales (Bateman & Fonagy, 2016; Gunderson, 2007; Sharp & Vanwoerden, 2015).

Con toda esta evidencia, algunos autores consideran el estilo relacional del TLP como la característica básica de este trastorno (Choi-Kain, Zanarini, Frankenburg, Fitzmaurice, & Reich, 2010; Fonagy & Bateman, 2008; Sharp & Vanwoerden, 2015) y al mismo tiempo, como el criterio más discriminativo para su diagnóstico (Gunderson, 2007) ya que un número importante de los síntomas del TLP se manifiestan en el contexto interpersonal.

Todos estos aspectos resultan muy interesantes de cara a la comprensión del TLP y están muy relacionados con el modelo híbrido propuesto en la Sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014; Esbec & Echeburúa, 2014; Fossati et al., 2017). Ya hemos descrito que desde este modelo se valora que hay un funcionamiento anormal de la personalidad cuando aparecen dificultades tanto en el funcionamiento personal (propio o *self*) como en el interpersonal.

Esta visión centrada en la valoración de aspectos más personales e interpersonales es consecuencia del aumento del interés que ha habido los últimos años en investigar sobre temas relacionados con el apego y la psicología social (Gunderson, 2010). Los avances teóricos en este área tienden un puente hacia la especificidad y definición de los criterios de las terapias que se han desarrollado para intervenir en el TLP como la MBT (Bateman & Fonagy, 2010; Fonagy, Target, & Gergely, 2000; Young, Klosko, & Weishaar, 2003) y la Terapia Centrada en Esquemas (SFT) (Young et al., 2003).

Revisados algunos de los modelos más destacados para la comprensión del TLP, vemos como, hasta la fecha, la evidencia respalda la opinión de que los factores constitucionales (por ej., el tipo de temperamento) y los factores ambientales (por ej., vivencias traumáticas, tipo de crianza y/o el entorno social de la persona) tienen un papel fundamental en la etiología del TLP. Sin embargo, estos factores pueden tener un papel más influyente cuando se combinan entre ellos porque están en constante interrelación entre sí. A la vez, los genes marcan una vulnerabilidad, y la adversidad en el entorno social indudablemente desencadenan más propensiones genéticas. Una posible desventaja constitucional pudiera ser una mayor sensibilidad a las perturbaciones ambientales negativas (Belsky et al., 2012). Además, la desregulación emocional o la impulsividad (Crowell et al., 2009) pueden ser una indicación de esta potencial vulnerabilidad constitucional. Así, según los modelos estudiados, las experiencias sociales negativas

superan fácilmente la capacidad de las personas con TLP para asimilar y adaptarse al medio ambiente. Por el lado contrario, también es probable que la misma vulnerabilidad genética que perjudica a algunas personas con TLP, también aumente el potencial de otros individuos para beneficiarse de las experiencias positivas en circunstancias normales. Sin embargo, es probable que las personas que son sensibles a su entorno social adopten una posición adaptativa de autoprotección ante circunstancias negativas, lo que les lleva a desconectar de la situación social para protegerse de esa situación, por lo que no se activa su capacidad para atender y responder adecuadamente a las señales sociales. Dejan de aprender de la experiencia en el sentido de poder cambiar (actualizar) sus representaciones mentales y estrategias de afrontamiento en respuesta a la experiencia. Esta estrategia denominada como “hipervigilancia epistémica” por Fonagy y Luyten (Fonagy & Luyten, 2009), deja al individuo inmune a los eventos positivos que normalmente fortalecerían a una persona y generarían una mayor capacidad de recuperación. La hipersensibilidad interpersonal (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008) y los fallos en la mentalización (Bateman & Fonagy, 2016) pueden verse como estrategias compensatorias o consecuencias directas de esta adaptación, intentando crear una distancia entre el yo y la experiencia social. Obviamente, también suponemos que procesos opuestos (apego seguro, mentalización óptima y confianza epistémica) protegerían a un individuo del desarrollo de TLP.

2. Cognición Social

2.1. Concepto y definición

Abordar el concepto de CS, es acercarnos a una realidad compleja, sobre la que se han realizado numerosas investigaciones, surgiendo, consecuentemente, diversos términos para referirse a un mismo concepto.

En este sentido, iremos viendo a lo largo de este trabajo como, inevitablemente, aparecen múltiples acepciones y definiciones de este concepto y, como ya hemos indicado anteriormente, términos diferentes para referirse al mismo. Los términos que se han utilizado con mayor frecuencia son: “Teoría de la Mente” (ToM en adelante), “Mentalización”, “Empatía” y “Cognición Social”. Por ello nos parece importante que antes de definir este concepto hagamos algunas puntualizaciones sobre la variedad terminológica del mismo. Para ello vamos a apoyarnos en las diversas publicaciones que se han ocupado de este concepto, (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Bateman & Fonagy, 2004b; Tirapu-ustárriz, Pérez-sayes, Erekatxo-bilbao, & Pelegrín-valero, 2007), entre otras:

- **Teoría de la Mente (ToM):** hemos observado una tendencia a utilizar el término ToM cuando se estudian los inicios de esta habilidad (en la revisión histórica) aunque autores tan significativos como Baron-Cohen ya utilizaban para describir la ToM el término CS (Baron-Cohen, 1985). La ToM suele utilizarse, especialmente en los estudios clínicos sobre trastornos del espectro autista (TEA en adelante) (Happé, 1994b; Perner, Frith, Leslie, & Leekam, 1989) aunque también aparece su uso con otras patologías (Brüne, 2005; Zegarra-Valdivia & Chino Vilca, 2017) como en la esquizofrenia, en trastornos psicósomáticos, etc.

- **Empatía:** se trata de un concepto complejo y multinivel que incorpora procesos de intercambio de afectos, atribución de estados mentales y control de acción e iniciación de la conducta (Singer, 2006). Se utiliza en algunos estudios clínicos que se interesan por diferenciar los conceptos de empatía cognitiva y emocional (Roepke et al., 2012; Sharp & Vanwoerden, 2014a). Para ello, argumentan que el componente cognitivo captura la capacidad de inferir los estados mentales de los demás y el emocional se refiere a la capacidad para reaccionar emocionalmente ante las experiencias de los demás (Blair, 2005). Otros autores consideran esta distinción como artificial, puesto que una se sirve de la otra y viceversa (Tirapu-Ustárroz et al., 2007).
- **Mentalización:** el término mentalización ha cobrado especial relevancia los últimos años gracias a las aportaciones de Fonagy y sus colaboradores (Bateman & Fonagy, 2004a; Fonagy & Bateman, 2008; Weijers et al., 2016), especialmente, tras la creación de la MBT para tratar Trastornos de Personalidad (inicialmente el TLP) pero ampliándose los últimos años a múltiples patologías.
- **Cognición Social (CS):** término ampliamente utilizado, tradicionalmente, en el campo de la psicología social para referirse al modo en que la gente procesa la información social (Garay, Iñiguez, & Martinez, 2005; Van Dijk, 1994). A la vez, desde la psicopatología aparece en los primeros estudios psicoanalíticos para estudiar las dificultades de esta habilidad en el TLP mediante pruebas proyectivas (Segal, Westen, Lohr, Silk, & Cohen, 1992; Westen, Lohr, Silk, Gold, & Kerber, 1990) y, posteriormente, se amplía su estudio a pacientes con esquizofrenia (Green et al., 2008; Nuechterlein et al., 2004; Rodriguez-Jimenez et al., 2012) como ya explicaremos más adelante. También se utiliza en múltiples patologías,

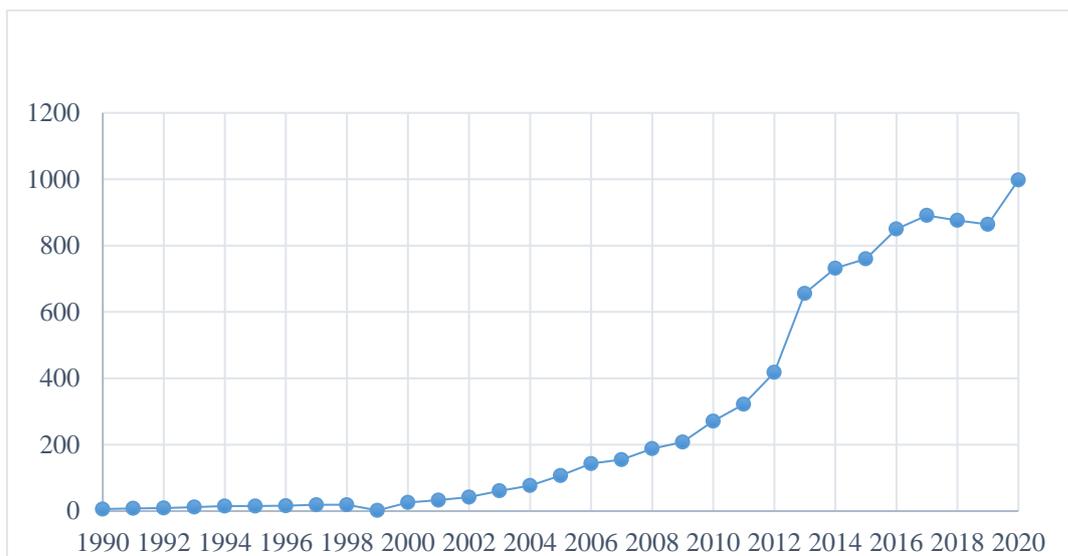
como en el TEA, trastornos psicósomáticos, depresión, trastornos de ansiedad o en trastornos de personalidad (TP en adelante), entre otros, gracias a la aparición de instrumentos específicos para medirla, como el utilizado en nuestro trabajo (Dziobek et al., 2006; Preißler, Dziobek, Ritter, Heekeren, & Roepke, 2010; Smeets, Dziobek, & Wolf, 2009; Wolf, Dziobek, & Heekeren, 2010). Los creadores del instrumento que menciono, la Película para la Evaluación de la Cognición Social (*Movie for the Assessment of Social Cognition*, MASC, en adelante; Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014) entienden la CS como la habilidad de atribuir estados mentales (emociones, pensamientos e intenciones) en uno mismo y en los demás (Dziobek et al., 2006; Sharp, Ha, Michonski, Venta, & Carbone, 2012). En el punto 3., desarrollaremos con más detalle la MASC. Finalmente, el término CS, como veremos, también se ha desarrollado dentro de la neurociencia social (Adolphs, 2006, 2010).

Una vez revisados los diferentes términos utilizados y la literatura existente (Bateman & Fonagy, 2004; Ha, Sharp, Ensink, Fonagy, & Cirino, 2013; Sharp et al., 2011; Vaskinn et al., 2015) utilizaremos el término CS en nuestro trabajo como sinónimo de ToM, empatía y mentalización. Así, consideramos que la CS se adecúa más a nuestra perspectiva de investigación, situada dentro del ámbito de la psicopatología. Asimismo, es de los que más se utilizan en la actualidad en la literatura científica, así como por la disposición de instrumentos de evaluación de probada validez y fiabilidad que se han construido sobre el presupuesto teórico de CS.

También utilizaremos el término mentalización cuando nos refiramos, exclusivamente, a las aportaciones realizadas por los autores creadores de la MBT por la especial relación que aparece al estudiar esta capacidad en pacientes con TLP.

Por otra parte, consideramos importante ver la evolución de los estudios publicados sobre CS en los últimos 30 años. Para ello, hemos realizado una búsqueda en Pubmed con el término “*social cognition*” acotando la búsqueda a “*title/abstract*”. Mostramos los resultados obtenidos en el gráfico 3.

Gráfico 3. Publicaciones de Social Cognition



En el gráfico 3 se observa un aumento considerable de los estudios publicados, especialmente entre los años 2012 y 2013 coincidiendo con los años posteriores a la aparición de modelos explicativos de la CS tal y cómo desarrollamos a continuación.

Hechas las anteriores puntualizaciones, aportaremos una definición de la CS, para lo cual, nos apoyaremos en las diversas teorías que a lo largo de su historia se han ocupado de su estudio. De este modo, podremos considerar las diferentes perspectivas que existen sobre el mismo y llegar a precisar este concepto destacando sus aspectos más relevantes.

- En el año 2008 Green et al (Green et al., 2008) se interesa por el estudio de la CS en el funcionamiento de las personas con esquizofrenia. Defienden que la CS es un constructo valioso para comprender la naturaleza y las dificultades de la esquizofrenia. Sin embargo, critica que, a pesar de los desarrollos en esta área,

existen numerosos obstáculos debido al uso de terminología inconsistente y diferencias a la hora de medirla. Partiendo de las aportaciones obtenidas en el año 2006 en la reunión de consenso sobre la CS en la esquizofrenia (SC, en adelante) realizada en el Instituto Nacional de Salud Mental (Green et al., 2004), se llegan a las siguientes conclusiones relacionadas con la CS:

- Definición: operaciones mentales que subyacen a las interacciones sociales, incluyendo a la percepción, interpretación y generación de respuestas a las intenciones, disposiciones y comportamiento de los demás. Esto es, personas pensando y formando impresiones sobre las personas. Cobra importancia el contexto o situación social.
- Componentes de la cognición social:
 - Teoría de la Mente: habilidad de inferir intenciones, disposiciones, y creencias de los demás.
 - Percepción Social: capacidad para identificar los roles, las reglas y el contexto social. A la vez, incluye también la percepción de la naturaleza de las relaciones entre personas.
 - Conocimiento Social: capacidad para valorar e identificar los roles, las reglas y objetivos que caracterizan las situaciones sociales y guían las interacciones sociales.
 - Estilo Atribucional: se refiere a las causas por las cuales una persona explica el motivo de situaciones positivas o negativas.

- Procesamiento Emocional: percepción, comprensión y utilización de las emociones.

A pesar de esta propuesta, los mismos autores señalan limitaciones entre las categorías propuestas como parte de la CS. Por un lado, aparece superposición entre categorías (por ej., la identificación de las emociones puede formar parte tanto del procesamiento emocional como de la ToM). Por otro, hay otras categorías relacionadas con la CS como la autoconciencia, los prejuicios y estereotipos, la empatía, los juicios morales, etc. Sin embargo, esta clasificación facilitó un marco teórico que ha permitido la posterior investigación y discusión.

- Importancia para el estudio de la esquizofrenia: la CS pasa a ser incluida como uno de los siete dominios que representa el proyecto MATRICS (*“Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia”*) (Green et al., 2004; Nuechterlein et al., 2004)
- En el año 2010 Adolphs (Adolphs, 2010) profundiza en el estudio de la CS. Para ello, parte de la importancia del surgimiento de la neurociencia social como una ciencia que facilita el entendimiento entre el comportamiento social y la cognición (Cacioppo & Berntson, 1992), y el interés que ha adquirido ésta para el estudio de las enfermedades mentales (Cacioppo et al., 2007).

A partir de estas aportaciones, desarrolla su modelo en tres etapas para procesar la información social:

- La Percepción Social: se refiere a la capacidad de la persona para percibir señales sociales clave que le ayuden a interpretar adecuadamente la situación social en la que se halla envuelto.
- La Cognición Social: donde incluye la teoría de mente o la empatía. Señalando su vital importancia para desarrollar adecuadas interacciones sociales gracias a esa capacidad de inferir los estados mentales del otro y los propios y, así, intentar predecir su comportamiento y/o ajustar el propio.
- La Regulación Social: capacidad de regular y controlar nuestro pensamiento y comportamiento a través de habilidades metacognitivas. Se engloban dentro de este concepto el control cognitivo, la regulación emocional o la autorreflexión.

Adolphs (Adolphs, 2010) concluye con la idea de la complejidad que presenta el funcionamiento de la CS. Así, la define como una habilidad metacognitiva conformada por varios mecanismos para percibir, procesar y evaluar los estímulos sociales que permite representar adecuadamente el entorno social. Esta complejidad, explica, viene relacionada con la subjetividad a la hora de comprendernos y comprender al otro, lo que implica una dificultad añadida a la hora de identificar en el cerebro estos aspectos.

Para finalizar, y una vez revisados los modelos más conocidos para estudiar la CS, la definimos como: “la habilidad de construir representaciones de las relaciones entre uno y los otros, y de usar flexiblemente esas representaciones para guiar el comportamiento social” (Zegarra-Valdivia & Chino Vilca, 2017, p.190.)

2.2. Aproximación histórica al estudio de la Cognición Social

Para aproximarnos al estudio del de CS, tenemos que remontarnos al año 1978 cuando los investigadores Premack y Woodruff se preguntaron, a través de varios experimentos, si los chimpancés podían comprender la mente humana (Premack & Woodruff, 1978). Para ello, utilizaron como sujeto un chimpancé adulto que estaba en contacto habitual con humanos ya que se hallaba en su laboratorio. A éste, se le presentaron una serie de escenas grabadas en vídeo en que se veía a uno de sus cuidadores enfrentándose con una variedad de problemas. Algunos eran simples e implicaban alimentos inaccesibles (por ej., el cuidador debía alcanzar unos plátanos que estaban fuera de su alcance). Otros eran más complejos por ejemplo, que el cuidador era incapaz de salir de una jaula cerrada, o bien, aparecía temblando porque estaba pasando frío... Con cada cinta de video, al chimpancé se le presentaba la situación problema y, cuando el cuidador llevaba a cabo la acción que podía llevarle a su objetivo, se paraba la imagen y se le mostraban al chimpancé varias fotografías, una de ellas con la solución correcta (por ej., un palo para acceder a los plátanos inaccesibles o una llave para salir de la jaula). Después de varias sesiones, los investigadores interpretaron que el chimpancé reconocía el problema, entendía cuál era el propósito o la intención del cuidador y escogió aquella alternativa que era compatible con ese propósito. O, explicado de un modo diferente, que el chimpancé era capaz de atribuir al cuidador estados mentales como la intención y el conocimiento. En concreto, argumentan que el chimpancé supone que el actor humano desea conseguir el plátano y sabe cómo hacerlo. El chimpancé, concluyen, posee Teoría de la Mente (Tirapu-Ustárrroz et al., 2007) y la definen como la “capacidad de atribuir estados mentales y predecir el comportamiento de otro organismo” (Premack & Woodruff, 1978, p.515).

Posteriormente, otros autores (Baron-Cohen et al., 1985; Frith & Mira, 1992) enfocaron el estudio de la ToM hacia un contexto clínico, en concreto, su interés apareció al investigar acerca de las dificultades que presentan las personas con TEA. Así, tras numerosas investigaciones, establecieron que las personas con autismo no tienen ToM, entendiendo la ToM como la “capacidad para predecir y explicar la conducta de otros seres humanos en términos de su estado mental: esto es, saber que otra persona sabe, quiere, siente o cree en cosas” (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985, p.38). Para llegar a esta conclusión, utilizaron varios instrumentos de evaluación de la ToM (algunos de estos instrumentos serán explicados y desarrollados en el punto 2.5. “Instrumentos de Evaluación de la CS” y en el punto 3 desarrollaremos la MASC).

Gracias a estos estudios iniciales y posteriores aportaciones (especialmente en relación con los diferentes instrumentos de evaluación que se han ido creando) comienza el interés por estudiar la capacidad de atribuir estados mentales (EM en adelante) en la infancia. Se observa un inicio precoz donde los bebés prestan atención selectiva a los estímulos visuales. Aproximadamente a los 18 meses utilizan gestos protodeclarativos (acto comunicativo indirecto). Empiezan a distinguir entre las propias creencias y las de los demás y desarrollan juego simbólico sobre los 3 y 4 años. A partir de los 6 y 7 años aprenden a comprender progresivamente representaciones de orden superior como la ironía y la metáfora (Zegarra-Valdivia & Chino Vilca, 2017). Se puede plantear así, la existencia de un continuo en el desarrollo de estas competencias (Lopez Leiva, 2007).

En relación con la aproximación histórica que estamos realizando en este punto, es importante observar que para acercarnos al concepto de CS, estamos desarrollando el de ToM puesto que, como ya hemos explicado al inicio, son conceptos que se utilizan indistintamente. Prueba de ello es que ya en los primeros estudios publicados, vemos como autores tan relevantes en este campo como Baron-Cohen utiliza dicha terminología

de manera indistinta en su tesis doctoral del año 1985 “*Social Cognition and Pretend Play in Autism*” (Baron-Cohen, 1985). Así, en su tesis habla de funcionamiento de la CS, explicando que en niños con autismo hay algún aspecto disfuncional de la CS y que ésta podría explicar varias de las anormalidades observadas en su comportamiento social.

Por lo tanto, vemos como los primeros acercamientos al estudio de la ToM se limitaban a la primatología y a los TEA, considerándose que la causa de los TEA era la ausencia de ToM, esto es, incapacidad para representarse estados mentales. Posteriormente, fueron apareciendo otros estudios dentro del ámbito clínico con personas que presentaban alteraciones como esquizofrenia, daño cerebral adquirido o alteraciones cognitivas relacionadas con el envejecimiento (Tirapu-Ustárrroz et al., 2007). Este aumento del número de publicaciones acerca de la CS lo observamos en la gráfica 3 presentada en el punto anterior.

2.3.Cognición Social y psicopatología

La relación entre las habilidades de CS y psicopatología, ha sido, sin duda, centro de interés para la investigación en el ámbito de la clínica. Esto se pone de manifiesto por el gran número de publicaciones en las que el análisis de esta asociación ocupa un lugar importante.

Como hemos visto en el punto anterior, la motivación por el estudio de la CS en la psicopatología, nace al observar, que existe una incapacidad en la población con TEA para atribuir EM en sí mismos y en los demás. A partir de estos hallazgos iniciales, se amplió el estudio de la CS a otras vertientes. Para poder ver el alcance del estudio de la CS en el ámbito de la salud mental, neurológica e incluso comunitaria, nos podemos dirigir al punto 3.3 en el cuál revisamos los estudios realizados con un instrumento con alta validez ecológica (la MASC), entre otros instrumentos utilizados. Como veremos en

ese punto la CS se ha estudiado en una amplia variedad de TM. A continuación, veremos algunos de los más relevantes:

- En el *trastorno por espectro autista* con estudios como los estudios iniciales de Baron-Cohen, (Baron-Cohen, 1985), el estudio de Dziobek et al., (Dziobek et al., 2006) o los estudios de revisión más actuales como el de Happé et al., (Happé & Frith, 2006).
- En el *trastorno psicótico*, tanto el estudio de la CS en primeros episodios psicóticos (Barkl, Lah, Harris, & Williams, 2014), como en esquizofrenia paranoide (Fretland et al., 2015; Vaskinn et al., 2015), como también encontramos estudios de meta-análisis que investigan a la vez el TEA y el trastorno del espectro de la esquizofrenia (TEE, en adelante) (Oliver et al., 2021).
- En los *trastornos afectivos*, tanto en el trastorno bipolar (TB en adelante) (Lahera et al., 2014; Montag et al., 2010) como en depresiones unipolares (Richman & Unoka, 2015; Weightman, Air, & Baune, 2014). También encontramos estudios que investigan la CS en TB y trastorno psicótico (Ventura et al., 2021).
- En los *trastornos de ansiedad* como en el trastorno de ansiedad social (TAS en adelante) (Hezel & McNally, 2014; Kucukparlak, Karas, Kaser, & Yildirim, 2020) o en el trastorno de ansiedad generalizada (TAG en adelante) (Zainal & Newman, 2018) o comparaciones entre diferentes trastornos de ansiedad (Buhlmann, Wacker, & Dziobek, 2015).
- En *trastornos de la conducta alimentaria*, como en la anorexia nerviosa (AN en adelante) (Brockmeyer et al., 2016; van Elburg, Danner, Sternheim, Lammers, & Elzakkars, 2021)
- En los *trastornos de personalidad*, tanto en estudios en que comparan diferentes TP (Kvarstein et al., 2020; Normann-Eide et al., 2020) como por ejemplo en TP

más específicos tipo trastorno narcisista de personalidad (TNP en adelante) (Marissen, Deen, & Franken, 2012; Ritter et al., 2011) o TLP como veremos más adelante (punto 2.4.2.1)

2.4. Cognición Social y TLP

En este apartado, nos proponemos, en primer lugar, desarrollar los aspectos teórico-conceptuales de la CS en el TLP, posteriormente, revisar las diferentes publicaciones que sobre este tema existen en el ámbito clínico y científico y finalizar con unas conclusiones acerca de la CS y el TLP.

2.4.1. Aspectos teórico-conceptuales

Para exponer los aspectos teóricos y conceptuales de la CS en el TLP nos basaremos, principalmente, en las aportaciones de los creadores de la MBT Bateman y Fonagy, por haber demostrado elevada evidencia empírica (Bateman & Fonagy, 2004b, 2016; Fossati et al., 2017; Gunderson, 2007). En el punto 1.6. ya realizamos una introducción al modelo de la mentalización de Bateman y Fonagy que vamos a acabar de desarrollar en este punto.

Los autores de la MBT definen la CS como “la capacidad mental de comprender las acciones tanto de los demás como de uno mismo en términos de nuestros pensamientos, sentimientos, deseos y anhelos; se trata de una capacidad muy humana, que sustenta nuestras interacciones cotidianas”. (Fonagy & Bateman, 2008, p.5).

En términos generales, y como ya hemos ido revisando a lo largo de esta introducción, se ha mostrado que el hecho de no desarrollar unas adecuadas relaciones de apego conlleva dificultades en la CS. Esto influye tanto en las relaciones interpersonales, como en la organización del *self* y en la regulación de las emociones, entre otros

(Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Arntz & Veen, 2001; Fonagy & Luyten, 2009). A la vez, se ha visto que los individuos con TP, especialmente ante situaciones de estrés interpersonal, presentan fallos en su CS. En otras palabras, presentan dificultades para identificar los propios EM y los de los demás, de diferenciarse de los demás o de utilizar esos EM como guía para organizar su conducta en una situación determinada. No obstante, consideramos importante señalar que no únicamente las personas que presentan alguna patología psiquiátrica son las que presentan dificultades en la CS. Así pues, todas las personas presentamos variabilidad a la hora de atribuir EM dependiendo de nuestro estado emocional, especialmente, los problemas suelen aparecer en momentos de estrés o ansiedad (Fonagy et al., 2000).

Para poder comprender cómo funciona la mentalización en el TLP, debemos pararnos a desarrollar su naturaleza multidimensional. Recordemos que esta idea se desarrolló brevemente en el punto 1.6.d. donde explicamos el Modelo de Mentalización. Así, siguiendo las aportaciones realizadas por los autores de la MBT (Bateman & Fonagy, 2016) y otros provenientes de la neurociencia social (Lieberman, 2007), se propone una clasificación de la mentalización conformada por 4 dimensiones: *controlada vs automática, sobre otros vs uno mismo, interna vs externa y cognitiva vs afectiva*. Tal y como ya hemos expuesto en el punto 1.6.d., un adecuado equilibrio entre estas cuatro dimensiones de la mentalización y un uso flexible de las mismas, adaptado al contexto y al momento, permitirá un buen funcionamiento de la capacidad de mentalización. Sin embargo, un desequilibrio en alguna de estas dimensiones, es característico de una persona con TP. Esta distinción es útil para las aplicaciones clínicas de este concepto (Bateman & Fonagy, 2016):

a. *Mentalización controlada (o explícita) frente automática (o implícita).*

La controlada se trata de un proceso reflexivo, consciente que, por lo tanto, exige estar atento, esforzarse e intencionalidad. Suele ser lento. Útil ante situaciones interpersonales complejas. La automática es la que se activa ante situaciones altamente emocionales. Esto, de algún modo, nos permite actuar de manera inmediata ante señales de peligro. A diferencia de la anterior, es un acto reflejo y muy rápido. Es la que solemos utilizar en nuestro día a día, especialmente en aquellas personas con un estilo de apego seguro.

En personas con TLP, quienes suelen presentar elevada inestabilidad e intensidad emocional, es la mentalización automática la que se activa en los contextos relacionales. Este elevado *arousal* que presenta el sujeto con TLP junto con la elevada frecuencia con la que presentan historias traumáticas, le dificulta enormemente la capacidad de reflexionar acerca de sus propios EM o los de los demás. Esto, suele conllevar interpretaciones dañinas de los demás y de sí mismos al inferir los EM a través de sus propias experiencias negativas vividas en el pasado, lo que supone un umbral menor para percibir “peligro” y activarse, por lo tanto, la mentalización automática.

b. *Mentalización sobre otros frente sobre uno mismo.*

La mentalización puesta en el otro conlleva una atención sobre el EM de los otros, lo que suele asociarse con una escasa comprensión de los propios EM (y del propio *self*) y que el entendimiento de uno mismo sea en función del otro (por ej., una chica con TLP puede sentirse atraída por su amiga porque su amiga muestra interés por ella, pero sin ser consciente de lo que ella siente, piensa o desea). En dirección contraria, en la mentalización puesta sobre uno mismo (sobre el propio *self*) es necesario una

comprensión del propio mundo interior y requiere una adecuada capacidad de introspección. En extremo, puede abocar al auto-ensalzamiento y/o al desinterés para percibir los EM de los demás.

En personas con TLP destaca el foco puesto en el otro, causando hipersensibilidad a los estados de ánimo de los demás, a sus opiniones o intenciones, generando, incluso, un estado de hiperalerta hacia el otro. Esto conlleva: por un lado, un infrauso del foco en uno mismo, formándose un *self* rígido e inamovible. Y, por otro, intentos ineficaces de controlar los EM de los demás vs los propios, a través de estrategias ineficientes (por ej., mediante *actings*) con tal de proteger la propia identidad.

c. Mentalización de estados internos frente estados externos.

La mentalización focalizada en los aspectos internos de uno mismo o de los demás, conlleva averiguar nuestra experiencia interna o la del otro utilizando la capacidad de intuición, la imaginación y/o la interpretación de determinados estímulos en función de los que sabemos de uno mismo o del otro en ese momento y esa situación en particular. El foco en los estados externos requiere inferir los EM en función de indicadores externos, visibles, observables (por ej., en función de la expresión facial). Suele ser rápida, incluso automática. De modo extremo, puede volver al individuo especialmente vulnerable a la conducta observable de los demás.

En pacientes con TLP se observa una focalización hacia lo externo, así los EM, las actitudes e intenciones del otro y las propias, proceden de señales externas, perdiéndose la comprensión interna. Esto puede abocar a una hipermentalización de las emociones ajenas (por ej., mi terapeuta mira el reloj mientras le estoy hablando, por lo que no le intereso, y le aburro). El énfasis exagerado en el exterior puede hacer que el individuo se torne hipervigilante hacia lo que otros sienten o piensan, si bien a

partir de juicios superficiales (comunicación no verbal). Existe numerosa evidencia acerca de la hipersensibilidad que presentan a las señales faciales, ya que mentalizan a través de señales externas de una manera automática, lo que les hace muy vulnerables al contexto social (Bateman & Fonagy, 2010; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008).

d. Mentalización cognitiva frente afectiva

El foco en lo cognitivo requiere poner en marcha mecanismos relacionados con el pensamiento, esto es, razonar, reconocer y nombrar los EM de uno mismo y de los demás. Por lo tanto, conlleva el uso de estrategias de racionalización frente a emocionales. Por otro lado, el foco en lo afectivo precisa de una comprensión de los sentimientos o las emociones que acompañan a los EM, siendo necesario para poder desarrollar una adecuada capacidad empática. Sin embargo, en su modo más extremo, interfiere en la capacidad reflexiva de la persona y puede generar vulnerabilidad incrementada a las emociones de los demás, sintiéndose desbordado por ellas como si las vivieran en primera persona.

En pacientes con TLP se observa una elevada activación de la mentalización afectiva, siendo extremadamente sensibles a cualquier tipo de señal emocional (por ej., en terapia grupal puede observarse fácilmente el fenómeno de contagio emocional, esto es, si una paciente explica una situación triste y se emociona, el resto de compañeras suelen emocionarse y sentirse extremadamente tristes, activándose una mentalización automática, focalizada en el otro y en lo afectivo). Por lo tanto, aparecen emociones disreguladas e intensas que son las que dominan la conducta y no dejan lugar a la reflexión y la búsqueda de equilibrio que permitirían los procesos cognitivos.

Por lo tanto, las personas con TLP presentan graves problemas en su capacidad de mentalización, puesto que suelen presentar fuertes deficiencias en alguna de estas dimensiones, lo que se traduce en un desequilibrio de la mentalización y en una incapacidad para poner en marcha la flexibilidad necesaria para adaptarse a un entorno cambiante. Su tendencia habitual es a utilizar una mentalización automática, con predisposición a posicionarse en el punto de vista del otro, y atribuir los estados mentales desde lo afectivo y lo observable externamente. Estas fallas en la capacidad de mentalizar, generan muchas de las dificultades propias y presentes en las personas con TLP, esto es, la disregulación emocional, la impulsividad y la disfunción social. Entre estas características consideradas nucleares del TLP, existe una importante interrelación, hasta el punto de que unas pueden ir desencadenando en otras:

- a. *Disregulación Emocional*: la inestabilidad e intensidad de las emociones suele traducirse en un enfado intenso e injustificado. Este modo de expresar y sentir las emociones puede estar asociado a los problemas vinculares e incluso ser la base de los esfuerzos frenéticos para evitar el abandono, una de las características clave del TLP. En el contexto relacional, fácilmente se activa el sistema de apego, aumentando el *arousal* emocional y generando desequilibrios en la capacidad de mentalizar. Así la persona pasa a moverse en el polo afectivo (frente al cognitivo) y a activarse una mentalización irreflexiva y automática. Todo esto genera, entre otros, problemas para identificar o comprender las emociones, mayor intensidad emocional, serios problemas relacionales y mayor sensación de pérdida de control (lo que puede acabar generando actos impulsivos).
- b. *Impulsividad*: muy relacionada con la característica anterior, la elevada intensidad e inestabilidad emocional se asocia a actos impulsivos, siendo el

aspecto de mayor riesgo, la conducta suicida. Los actos impulsivos ocurren cuando no podemos reflexionar acerca del impacto que tendrán nuestras acciones ni en los demás ni en uno mismo. En los actos impulsivos, aparece un desequilibrio en la mentalización. Se activa de modo extremo la mentalización automática, apareciendo una incapacidad marcada para la reflexión. Si apareciera esta reflexión, sería dentro del foco cognitivo, lo que conlleva explicaciones vacías y distanciadas de la realidad.

- c. *Disfunción social*: las personas con TLP presentan dificultades para resolver los problemas sociales y elevadas perturbaciones en sus relaciones interpersonales. Esto está muy relacionado con el estilo de apego, cuya disfuncionalidad en el TLP está descrita en este trabajo (punto 4). Así, existe numerosa evidencia (Fonagy & Bateman, 2008; Gunderson, 1996; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008) que pone de relieve que los pacientes con TLP presentan alta hipersensibilidad a las situaciones sociales. Se ha observado que parecen esperar ansiosamente el rechazo social, lo perciben fácilmente y responden de modo intenso ante él. Desde la multidimensionalidad de la mentalización, la disfunción en este área se relaciona con un desequilibrio hacia el polo automático (frente a controlado) y un foco puesto en lo externo (frente a lo interno). Así, presentan dificultad para reflexionar acerca de las suposiciones automáticas que aparecen en el contexto relacional. Y, además, al mentalizar a partir de señales externas como indicador del EM, realizan numerosos errores de comprensión en el contexto relacional. Como la persona presenta dificultades de comprensión y conexión de sus propios EM, realizan una búsqueda constante en el otro de reafirmación, y esto puede abocar a los

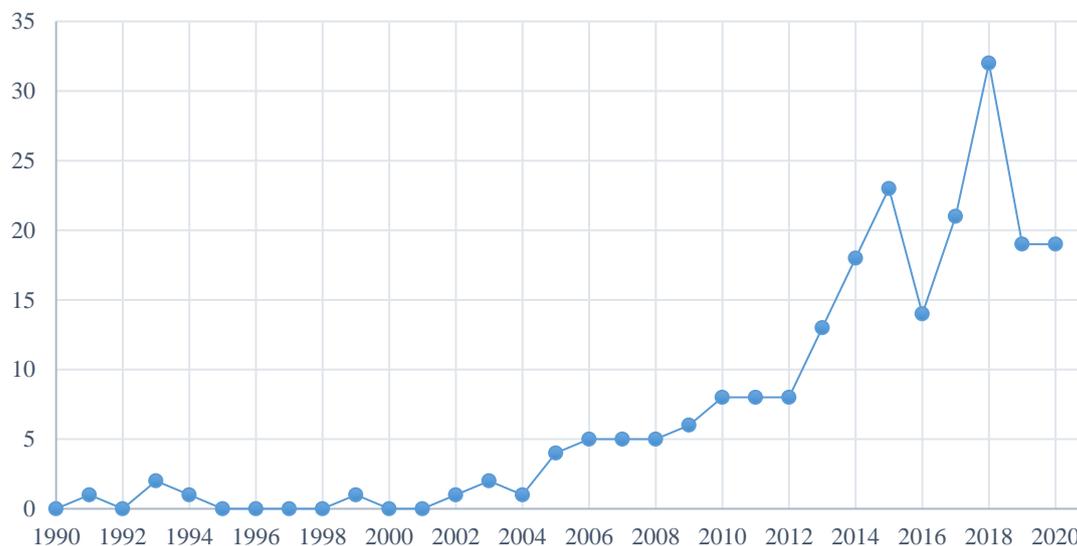
problemas de intimidad típicos de las personas con TLP (relaciones dependientes, vacías, miedo al abandono, rechazo, etc).

2.4.2. Actualización del tema

Para desarrollar este punto que consideramos fundamental para nuestro trabajo, inicialmente, visualizaremos unas gráficas en las que se muestra la evolución del interés por la investigación de la CS en el TLP. Posteriormente, realizaremos una revisión bibliográfica de todos los estudios que hemos hallado acerca de la CS en el TLP.

En la primera gráfica, realizamos una búsqueda avanzada en PubMed con los términos *social cognition* y *borderline personality disorder*. Observamos que es un tema de creciente interés los últimos cinco años, habiendo un aumento considerable de estudios durante el año 2018 (prácticamente doblando los del año anterior).

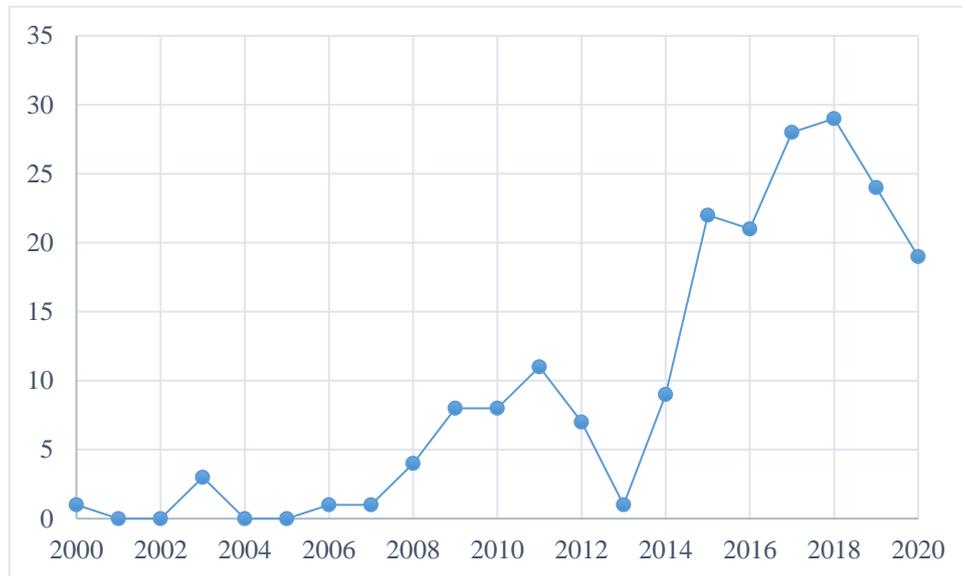
Gráfico 4. Publicaciones de Social Cognition y BPD



En la segunda, realizamos una búsqueda avanzada en PubMed con los términos *mentalization* y *borderline personality disorder*. Observamos dos aspectos de interés: no

hay ninguna publicación anterior al año 2000 y hay un notable aumento de sus estudios en los últimos 3-4 años.

Gráfico 5. Publicaciones de Mentalization y BPD



La observación de estas gráficas, nos permite establecer las escasas publicaciones que había antes del año 2000. También vemos que es a partir de ese momento cuando comienzan a aparecer publicaciones en las que el tema central es la CS, lo que demuestra el notable interés de la investigación por este tema en los últimos años.

Estudio de la CS en el TLP

Para llevar a cabo la revisión sobre las diferentes publicaciones que en el ámbito científico y clínico han ido apareciendo sobre la CS en el TLP, seguiremos, por un lado, la clasificación de las técnicas de evaluación que realiza Fernández-Ballesteros (Fernández-Ballesteros, 2011): técnicas proyectivas, técnicas de autoinforme, entrevista, técnicas de observación y técnicas objetivas. Por otro lado, dedicaremos otro apartado exclusivamente a los estudios publicados que utilizan la MASC, por ser el instrumento que utilizamos en nuestro estudio.

Técnicas Proyectivas

- *Estudios con el test de Rorschach*: los primeros estudios psicoanalíticos utilizaron este test para investigar la CS en general y los sesgos que podían presentar a este nivel (Lerner & Peter, 1984; Stuart et al., 1990). Observaron que los pacientes con TLP a la hora de atribuir EM, presentaron representaciones de los demás malévolas e idiosincrásicas, pero con un desarrollo cognitivo avanzado de las intenciones de los demás.
- *Estudios con Test de Apercepción Temática* (Westen, 1991a; Westen, Lohr, et al., 1990): obtuvieron resultados similares a los anteriores. Así, también observaron que los pacientes con TLP presentaban una capacidad avanzada para realizar atribuciones complejas de las intenciones de los demás y una tendencia a presentar representaciones más malévolas de los demás en comparación con muestra control y pacientes no TLP.

Entrevista

- *Entrevista de Evaluación de Metacognición* (*Metacognition Assessment Interview*, MAI; Semerari et al., 2012): en el estudio de Semerari et al., (Semerari et al., 2015) propusieron un perfil metacognitivo “típicamente límite” conformado por la déficits en diferenciación (reconocer la naturaleza de los EM) e integración (reflexionar acerca de los diferentes EM).

Técnicas objetivas

- *Resonancia Magnética Funcional* (RMNf, en adelante): en el estudio de Dziobek et al. (Dziobek et al., 2011) miden la empatía cognitiva y emocional con la Prueba de Empatía Multifacética (MET, en adelante, Dziobek et al., 2008) y, a la vez, se toman

imágenes con RMNf y medidas de conductancia de la piel mientras los participantes completaban una versión adaptada de la MET. Los resultados obtenidos mediante las medidas objetivas, sugieren que el TLP implica déficits tanto en empatía cognitiva como emocional. En el estudio de Frick et al., (Frick et al., 2012) examinaron las respuestas conductuales y neurofisiológicas (mediante RMNf) de pacientes con TLP y controles sanos durante la prueba del Test de la Mirada (RMET, en adelante, Baron-Cohen, Wheelwright, Hill, Raste, & Plumb, 2001). A nivel neurofisiológico se observó la activación de ciertas áreas cerebrales en el TLP, a diferencia de la muestra control, que indicaron una mejor y más rápida estimación del estado emocional del otro a través de la mirada, y una mayor resonancia emocional en uno mismo con el EM del otro. En el estudio de Mier et al., (Mier et al., 2013) analizan los correlatos neuronales de la CS de personas que presentan TLP utilizando RMNf. Para ello, midieron la CS dividiéndola en tres tareas de más simple a más compleja: reconocimiento de emociones, ToM emocional y reconocimiento de intenciones. Se observó un patrón de activación cerebral que podría reflejar un adecuado desempeño a la hora de procesar emociones ante tareas sociocognitivas estandarizadas, pero, a la vez, podría ser la base de los déficits de CS en situaciones de la vida real.

- *Estudios con hormonas:* en el estudio de Wingenfeld et al., (Wingenfeld et al., 2014) se interesan por investigar si la estimulación de un receptor cerebral (el mineralcorticoides) mediante un agonista del mismo (fludrocortisona) en pacientes con TLP y en grupo control sano mejora los niveles de CS. A un grupo de pacientes se les administró el agonista y a otro placebo. En el MET (pero no en la MASC) la fludrocortisona mejoró la empatía emocional en los dos grupos, mientras que la empatía cognitiva no se vio afectada.

Técnicas de autoinforme

- *Cuestionario de Función Reflexiva (Reflective Functioning Questionnaire, RFQ;* Fonagy et al., 2016) en el estudio de Euler et al., (Euler et al., 2021) quisieron investigar cómo la regulación de las emociones, la impulsividad y la mentalización se relacionan con los problemas interpersonales en el TLP cuando se consideran simultáneamente en lugar de como variables únicas. Se vio que las tres variables se asociaron a problemas interpersonales. La hipomentalización no reveló ningún efecto directo sobre los problemas interpersonales, pero predijo indirectamente problemas interpersonales a través de la disregulación emocional y la impulsividad atencional.

Cuestionarios de autoinforme para evaluar sesgos (Arntz, Dreessen, Schouten, & Weertman, 2004; Beck, Davis, & Freeman, 2014). Pacientes con TLP presentan tendencia a asumir que “el mundo y los demás son peligrosos y malévolos”.

- *Índice de Reactividad Interpersonal (Interpersonal Reactivity Index, IRI;* Davis, 1983); Guttman y Laporte (Guttman & Laporte, 2000) encontraron que la toma de perspectiva estaba dañada en pacientes con TLP comparado con grupos control. Estos resultados fueron replicados por otros autores (Harari, Shamay-Tsoory, Ravid, & Levkovitz, 2010; New, Aan Het Rot, et al., 2012). En el estudio de Harari et al., (Harari et al., 2010) también encontraron que la preocupación empática estaba ligeramente aumentada entre los pacientes con TLP en comparación con controles no clínicos, resultado que no obtuvieron en el estudio de New et al. (New et al., 2012). Sin embargo, Dziobek et al.,(Dziobek et al., 2011) encontraron en la escala de preocupación empática una tendencia hacia valores disminuidos en el TLP.
- *Tarea de Meteduras de Pata o “Faux Pas Test”* (Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones, & Plaisted, 1999). En los estudios de Harari et al. (Harari et al., 2010) y Báez

et al., (Baez et al., 2015) encontraron afectación en la ToM en pacientes con TLP en comparación con los controles no clínicos.

- *Historias Extrañas de Happé* (Happé, 1994a). Arntz et al. (Arntz, Bernstein, Oorschot, & Schobre, 2009) no encontraron déficits en las capacidades de la ToM en pacientes con TLP en comparación con los controles no clínicos; sin embargo, los pacientes con TLP obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los pacientes con trastorno de personalidad del grupo C. Postularon que este hallazgo se debió a la baja excitación provocada por la tarea para el grupo con TLP.
- *Historias de dibujos animados* (Brüne, 2005). Ghiassi et al. (Ghiassi, Dimaggio, & Brüne, 2010) no encontraron déficits en la comprensión de las mentes de los demás en pacientes con TLP en comparación con los controles no clínicos.
- *Test de la Mirada (Reading the Mind in the Eyes, RMET; Baron-Cohen et al., 2001)*. Es la tarea utilizada con más frecuencia para evaluar la ToM (Németh et al., 2018). Resultados inconsistentes. Por un lado, algunos estudios (Baez et al., 2015; Berenson et al., 2018; Ghiassi et al., 2010; Preißler et al., 2010; Schilling et al., 2012) no identificaron ningún déficit en la atribución del EM en pacientes con TLP en comparación con grupo control. Por otro, Fonagy y Bateman (Fonagy & Bateman, 2008) encontraron que los pacientes con TLP cometían errores en la tarea de RMET en comparación con pacientes sin TLP. Por el contrario, hay otros estudios (Fertuck et al., 2009; Frick et al., 2012; Lynch et al., 2006; Schulze, Domes, Köppen, & Herpertz, 2013) que informaron de una mejor capacidad de lectura de mente en sujetos con TLP en comparación con controles sanos, por ejemplo, Fertuck et al., (Fertuck et al., 2009) encontraron un rendimiento mejorado del RMET en TLP en todos los EM y, Frick et al., (Frick et al., 2012) lo encontraron para EM negativos y

positivos (pero no neutrales). Finalmente, Scott et al., (Scott, Levy, Adams, & Stevenson, 2011) no informaron de diferencias significativas en la puntuación global de RMET entre los sujetos con alto TLP y los controles con bajo TLP. Sin embargo, indicaron que los sujetos con alto TLP tuvieron un mejor desempeño para los estímulos negativos en comparación con el grupo con bajo TLP y demostraron un sesgo de respuesta para atribuir EM negativos a estímulos faciales. Otros resultados interesantes utilizando esta prueba son los obtenidos por Fossati et al., (Fossati, Borroni, Dziobek, Fonagy, & Somma, 2018) quienes informaron que los adolescentes con alto TLP obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que los adolescentes con bajo TLP. En el meta-análisis realizado por Németh et al., (Németh et al., 2018) no encontraron diferencias significativas entre el nivel de desempeño general en RMET ni tampoco entre las valencias positivas y neutras entre población con TLP y control. Se obtuvo una diferencia en forma de tendencia estadística cuando se evaluaron los estímulos con valencia negativa, con una precisión ligeramente mejorada en TLP en frente de controles.

- *Test Multifacético de Empatía (Multifaceted Empathy Test, MET;* Dziobek et al., 2008). En el estudio de Dziobek et al., (Dziobek et al., 2011) se observó un déficit en la empatía cognitiva en pacientes con TLP. Además, cuando se estudió específicamente la empatía emocional, se obtuvo que los pacientes con TLP habían reducido significativamente la tendencia a sentir empatía por otras personas en situaciones de angustia emocional en comparación con los controles no clínicos.
- *Estudios sobre tareas de reconocimiento facial de emociones* (revisión en Domes et al., 2008). Resultados no consistentes. En algunos estudios se observó una buena capacidad para identificar las emociones (Wagner & Linehan, 1999), incluso con

mayor precisión que los controles (Lynch et al., 2006). A la vez, en el estudio de Wagner y Linehan (Wagner & Linehan, 1999) se encontró una tendencia a interpretar más negativamente las expresiones faciales neutrales. En el estudio de Von Ceumern-Lindenstjerna et al., (Von Ceumern-Lindenstjerna et al., 2010) se examinó con una prueba de *dot-probe* (estudiar la atención selectiva) la orientación atencional a caras con emocionalidad y neutrales en pacientes adolescentes con TLP. Las personas con TLP tuvieron más problemas para desviar su atención ante expresiones emocionales faciales negativas. Sin embargo, no se precisó distorsión en el procesamiento de la información sobre señales positivas en pacientes adolescentes con TLP. En el artículo de Domes et al., (Domes et al., 2008) investigaron el reconocimiento de emociones en el TLP a través de dos tareas de reconocimiento emocional de diferente complejidad. Los pacientes TLP mostraron un sesgo hacia la percepción facial de ira en comparación con otras emociones, en la tarea más compleja con estímulos emocionales ambiguos. Con estos estudios, se empezó a constatar que cuando las tareas de reconocimiento facial de emociones se aproximan a situaciones más reales y complejas (p. ej., estableciendo límites de tiempo para reconocer las emociones en los rostros (Dyck et al., 2009) o proporcionando información prosódica adicional (Minzenberg, Poole, & Vinogradov, 2006), los pacientes límite muestran mayores tasas de error en comparación con grupos control. Por lo tanto, estos hallazgos podrían indicar que los pacientes con TLP muestran deficiencias en la empatía cognitiva principalmente en tareas complejas o con mayor validez ecológica (Roepke et al., 2012).

- *Visionado de secuencia de películas.* Arntz y Veen (Arntz & Veen, 2001) vieron que los pacientes con TLP (frente a grupo control) describían con menor complejidad los personajes de las películas tanto las de contenido emocional como no emocional. En

otro estudio Veen y Arntz (Veen & Arntz, 2000) observaron una tendencia a realizar evaluaciones más extremas (por ej., pensamiento dicotómico multidimensional) en aquellas películas en que se trataban temas específicos relacionados con el TLP, pero no en películas control. Este último resultado también se observó de forma similar en otro estudio en que se utilizaba como técnicas de evaluación *discusiones telefónicas* (Arntz & ten Haaf, 2012). En el estudio de Frank y Hoffman (Frank & Hoffman, 1986) los participantes visionaron una secuencia de un video durante 10 minutos. En ésta se incluían, inicialmente, representaciones de diferentes situaciones emocionales, realizadas por la misma actriz, para posteriormente tener que escoger entre dos descripciones alternativas con contenido emocional. El grupo límite mostró menores errores y mayor sensibilidad a la comunicación no verbal que el grupo no límite, indicando una empatía cognitiva aumentada en TLP.

Cortos de películas en silencio de actores entrando en una habitación y tomando asiento (Barnow et al., 2009). Pacientes TLP (comparado con grupo control) evaluaron los personajes como más negativos y agresivos.

- *Estudios con pacientes en terapia grupal.* En el estudio de Ladisich y Feil (Ladisich & Feil, 1988) quisieron investigar la empatía, en concreto, la percepción de los sentimientos y los rasgos de personalidad de los demás. Para ello, utilizaron pacientes de una psicoterapia grupal (con diagnósticos de trastorno psicótico, TLP y neuróticos) y obtuvieron que los pacientes con TLP mostraron mejor ejecución a la hora de percibir los sentimientos y características de personalidad en los demás comparado con el resto de pacientes, pero no se diferenciaron de la ejecución realizada por el grupo de psiquiatras. Este resultado junto con los de otros estudios (Flury, Ickes, & Schweinle, 2008; Frank & Hoffman, 1986; Krohn, 1974) que se centraban en la

precisión de inferir estados emocionales en otros, sirvieron de argumento para proponer que los pacientes con TLP presentaban una empatía cognitiva aumentada lo que fue conocido como “*empatía borderline*”. Flury et al.(Flury et al., 2008) realizaron un estudio similar al anterior incluyendo pacientes con rasgos límite altos y bajos. Inicialmente, replicaron los resultados obtenidos por el estudio de Ladisich y Feil en los participantes con altos rasgos límite mostrando una mejor precisión a la hora de atribuir EM (pensamientos y sentimientos) en los demás. Sin embargo, posteriormente, un nuevo análisis de los datos, generó confusión sobre estos resultados, al verse altamente influidos por la personalidad y los pensamientos y sentimientos tan complejos e impredecibles que presentaban los sujetos con altos rasgos límite, en comparación con los sujetos con bajos rasgos límite. Finalmente, los mismos autores (Flury et al., 2008) concluyeron que la diferencia en la precisión entre estos dos grupos, no estaba tan relacionada con las diferencias en el rendimiento, sino con las dificultades de comprender a los participantes con altos rasgos límite. Por lo tanto, este estudio presentó una primera pista de que la emisión de señales sociales podría ser anormal en el TLP.

En relación con esto último, consideramos importante recordar que la CS engloba tanto el poder comprender los EM propios como los de los demás. Por lo tanto, una parte de la CS implica cómo cada uno se expresa ante los demás, para poder hacerse entender y sentirse comprendido. Una emisión de señales sociales poco claras o difíciles de leer, que generen confusión en el otro, podría contribuir a la disfunción social propia del TLP. Algunos estudios se han interesado en la expresión no verbal de las personas con TLP. Concretamente, en la expresión facial, considerada como altamente relevante en la comunicación (Frith, 2009) ya que puede actuar como un mecanismo muy básico para inferir el EM de un compañero de interacción (Dimberg, Thunberg, & Elmehed, 2000).

En esta línea destacan escasos estudios. No obstante, existen algunas investigaciones como la de Flury et al.,(Flury et al., 2008) que realiza con estudiantes con rasgos altos y bajos de TLP y se interesa por evaluar la precisión empática, esto es, la capacidad del perceptor para inferir con precisión el contenido específico de los pensamientos y sentimientos de otras personas. Sus resultados indicaron que los pensamientos y sentimientos de los estudiantes con altas características de TLP son más difíciles de entender que con bajas. Del mismo modo, encontramos otros estudios que han examinado, específicamente, las expresiones emocionales faciales en pacientes con TLP (Herpertz et al., 2001; Renneberg, Heyn, Gebhard, & Bachmann, 2005). Concretamente, Herpertz et al., (Herpertz et al., 2001) en su estudio con hombres delincuentes con TLP observó poca respuesta facial ante estímulos agradables y desagradable en comparación con controles no clínicos. En el estudio de Renneberg et al., (Renneberg et al., 2005) se evaluó la frecuencia e intensidad de las expresiones emocionales faciales en pacientes mujeres con TLP mientras las participantes veían secuencias de películas con valencia positiva o negativa. En la línea de los resultados obtenidos por Herpertz et al., (Herpertz et al., 2001), las pacientes con TLP reaccionaron con una actividad facial reducida. Otro estudio que apoya la actividad facial reducida en los pacientes con TLP es el de Lobbestael et al.,(Lobbestael, Arntz, & Bernstein, 2010) quienes la observaron en estas pacientes después de la presentación de estímulos de película relacionados con el abuso, en comparación con otros TP. En la misma línea, consideramos interesante la investigación de Staebler et al.,(Staebler et al., 2011) quienes para estudiar la expresión facial de las emociones en el TLP utilizan un paradigma de exclusión social (revisar artículo Staebler para ampliar información). Los resultados revelaron, una vez más, dificultades en esta área. Así, se observó que, ante la exclusión social, los pacientes con TLP reaccionaron con menos expresiones positivas y con más expresiones emocionales

mixtas (esto es, dos expresiones a la vez, por ej., ira y tristeza) en comparación con un grupo control no clínico. Estos resultados pueden indicar esta tendencia en los pacientes con TLP pero deben ser tomados con cautela puesto que los instrumentos utilizados presentaban sus limitaciones (por ej., no medir emociones autoconscientes complejas, como la vergüenza) (Roepke et al., 2012).

En resumen, lo que podemos observar hasta este punto es que los estudios sobre el funcionamiento de la CS, no han producido resultados consistentes. Esta heterogeneidad de los resultados pueden deberse, en parte, a la falta de validez ecológica que presentan estas pruebas (Roepke et al., 2012). Como ya hemos señalado, cuando se utilizan pruebas más ecológicamente válidas sí aparecen déficits en esta capacidad (Dyck et al., 2009; Minzenberg et al., 2006). Ante la limitación de la baja validez ecológica, Dziobek y sus colegas crearon la MASC (Dziobek et al., 2006). Como ya desarrollaremos en detalle en el punto 3. de este trabajo, es una prueba en formato película en la que cuatro personas pasan la noche juntas cenando. Los temas dominantes de interacción incluyen citas y amistad. Dado que los pacientes con TLP muestran anormalidades sociales definitorias con respecto a la amistad y las relaciones románticas, la MASC podría ser específicamente sensible a las disfunciones cognitivas sociales (Preißler et al., 2010; Roepke et al., 2012). Seguimos con los estudios publicados en esta línea. Para ello, en el siguiente punto realizaremos una clasificación cronológica de los estudios que utilizan las pruebas con validez ecológica alta, concretamente, la MASC.

Estudios de la CS en el TLP utilizando la MASC como técnica de evaluación

- Preißler et al., (Preißler et al., 2010) evaluaron la empatía cognitiva de mujeres TLP y controles sanos utilizando la MASC y el RMET. Mientras que el RMET no detectó deficiencias significativas en la CS de las pacientes con TLP, la MASC identificó

claramente las diferencias. Las pacientes con TLP mostraron un reconocimiento deficiente de los sentimientos, pensamientos e intenciones de los personajes protagonistas de la película, en comparación con muestra control. Los resultados de este estudio apoyan la noción de que los pacientes con TLP tienen déficits en la empatía cognitiva en tareas más ecológicamente válidas.

- Ritter et al., (Ritter et al., 2011) investigan el funcionamiento de la CS (medida mediante las pruebas IRI, MET y MASC) en el TNP y comparan con una muestra clínica de pacientes que presentan TLP y controles sanos. Los datos obtenidos proporcionan la primera evidencia empírica de que el TNP presenta deterioro de la empatía emocional, y conservada la empatía cognitiva. En cuanto al TLP, en comparación con controles sanos, se observó una tendencia hacia el deterioro de la empatía cognitiva medida en la MET y claros déficits de la CS medido por la MASC en comparación con los controles sanos, especialmente reconociendo las intenciones de los demás.
- Sharp et al., (Sharp et al., 2011) miden la CS aplicando la MASC en adolescentes con rasgos de TLP. También encontraron evidencia de deterioro de la CS en individuos con altos rasgos limítrofes en comparación con individuos con pocos rasgos limítrofes. Concretamente, encontraron altos niveles de errores en la CS por hipermentalización. Además, la CS se correlacionó con las medidas de autorregulación de la regulación emocional. Estos resultados llevaron a los autores a afirmar que los estados emocionales intensos de las personas con rasgos de TLP podían interferir con la capacidad de CS (Sharp et al., 2011). Datos que fueron replicados en estudios posteriores realizados por los mismos autores (Sharp et al., 2013). Esto les llevó a sugerir que la hipermentalización es específica del TLP, más que la patología del estado de ánimo, la ansiedad o la conducta.

- Vaskinn et al., (Vaskinn et al., 2015) comparan las habilidades cognitivas sociales de mujeres con TLP, mujeres con SC y mujeres sanas. Utilizaron la MASC para medir la CS. Uno de los principales hallazgos que encontraron es que las mujeres con TLP no tuvieron un rendimiento significativamente diferente de su CS en general en comparación con el grupo control, a pesar de que sí obtuvieron una tendencia estadística a mostrar un peor rendimiento. Sí se observaron diferencias significativas entre las mujeres con SC y las control. A la vez, se observó que las mujeres con TLP cometían principalmente errores de hipermentalización y las mujeres con SC errores de hipomentalización, sugere de diferente magnitud y patrón de problemas cognitivos sociales entre TLP y SC. Este es el primer estudio que muestra errores por hipermentalización en mujeres adultas con TLP.
- Andreou et al., (Andreou et al., 2015) parte de la noción de que los pacientes con SC presentan errores en hipomentalización y los pacientes con TLP presentan errores en hipermentalización. Quieren investigar la relación de determinados factores (capacidad neurocognitiva, percepción de las emociones, historial de trauma y exceso de confianza) con los errores en la mentalización (tal cual los mide la MASC) en la muestra de pacientes y otra control. Para evaluar el exceso de confianza, los autores de este estudio utilizaron una versión modificada de la MASC en la que adicionalmente se pregunta a los participantes, después de cada cuestión, que indiquen el grado de confianza en la respuesta que han dado (desde seguro al 100% a nada seguro). El TLP y la SC exhibieron diferentes patrones de deterioro de la CS. TLP mostró mayor hipermentalización, y SC mayor hipomentalización. Además, el exceso de confianza en los errores fue el predictor más importante de la hipermentalización y la hipomentalización dependió principalmente de la memoria verbal y la percepción de las emociones.

- Fossati et al., (Fossati et al., 2017) se interesan por investigar, por vez primera, la relación entre los rasgos disfuncionales de personalidad propuestos por la sección III del DSM-5 (mediante el PID-5) y los déficits de CS mediante el RMET y la MASC. Destaca la relación significativa entre presentar un TLP y errores por ausencia de ToM en la MASC.
- Quek et al., (Quek et al., 2018) se interesan por examinar, por primera vez, la mentalización transgeneracional. Para ello, siguiendo el modelo de mentalización, parten de la idea de que hay una transmisión transgeneracional de mentalización del cuidador a la descendencia. Utilizan una muestra de adolescentes con TLP y una muestra de adolescentes control y sus respectivos cuidadores primarios. Evalúan la mentalización con la MASC. Los resultados sugieren una influencia indirecta de la mentalización del cuidador hacia el adolescente, se observa la relevancia de la hipomentalización del cuidador en un modelo hipermentalizante del adolescente con TLP.
- Los italianos Somma et al.,(Somma et al., 2019) quisieron replicar, por primera vez, los estudios de Sharp realizados con población americana (Sharp et al., 2013, 2011). Para ello, siguen la misma metodología, aunque evalúan los rasgos límite y el TLP basándose en los criterios del DSM-5 a través de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-5 (*Structured Clinical Interview for Dsm-5 Personality Disorders*, SCID-5-PD, en adelante, First, Williams, Benjamin, & Spitzer, 2016)). La CS es evaluada a través de la MASC. Estudian estas variables en jóvenes italianos ingresados. Los resultados confirman los obtenidos en estudios anteriores (Sharp et al., 2013, 2011) apareciendo una relación significativa entre presentar rasgos límite y peor desempeño general de la CS y mayores errores por hipermentalización en la muestra clínica, comparado con muestra control sana.

- Goueli et al., (Goueli, Nasreldin, Madbouly, Dziobek, & Farouk, 2019) estudian la CS (evaluada a través del RMET y la MASC) en mujeres adolescentes con rasgos *borderline* y mujeres adolescentes sanas y, evalúan la CS en relación con la gravedad de rasgos de personalidad límite. Las puntuaciones de RMET y algunos dominios de la MASC mostraron diferencias significativas entre grupos de pacientes y control. Se confirma nuevamente que la hipermentalización es el error más frecuente en las pacientes límite. Además, se evidenció que la intensidad de los déficits en la CS se relacionaba con algunos síntomas del TLP: impulsividad, vacío, patrón de relación y estados cuasi-psicóticos.
- Duque-Alarcon et al., (Duque-Alarcón, Alcalá-Lozano, González-Olvera, Garza-Villarreal, & Pellicer, 2019) investigan la influencia del maltrato en la infancia en la psicopatología del TLP mediante la evaluación de la CS a través de la MASC y el RMET y la RMNf en estado de reposo. Comparan población con TLP con población sana. No se observaron diferencias significativas entre ambas poblaciones tanto en el funcionamiento de la CS en general como en los errores de la CS en particular ni con RMET ni con la MASC. Sin embargo, cuando se tuvo en cuenta la variable de maltrato en la infancia sí se obtuvo una correlación negativa entre el funcionamiento general de la CS y los niveles de maltrato infantil total, así como con el abuso y negligencia física. En cuanto a la medida mediante RMNf en estado de reposo, se observó en el grupo con TLP hipoconectividad entre regiones límbicas, las cuales juegan un papel en la regulación emocional y las respuestas cognitivas sociales.
- Normann-Eide et al., (Normann-Eide et al., 2020) examinan por primera vez la CS en pacientes con TLP, otros TP y controles sanos, y, además, investigan la relación entre la CS y la gravedad general de la psicopatología y los problemas interpersonales. No

obtuvieron diferencias entre los tres grupos en las habilidades de CS en general. Sin embargo, el grupo con TLP se caracterizó por una tendencia a hipermentalizar la cual se relacionó con la severidad de su psicopatología.

- Kvarstein et al., (Kvarstein et al., 2020) estudian si la CS (evaluada a través de la MASC) puede predecir la evolución clínica de pacientes con TLP que reciben un tratamiento de MBT. Los principales hallazgos de este estudio fueron los siguientes: los errores por hipermentalización fueron los más característicos de la muestra en su conjunto. Sin embargo, estos errores no influyeron negativamente en el desarrollo de la alianza terapéutica ni en la mejoría clínica. Por otro lado, los errores por hipomentalización sí que se asociaron significativamente con peores resultados clínicos. Los análisis secundarios proporcionaron mayor exploración del deterioro de la CS dentro de la muestra e indicaron que los pacientes con niveles más altos de hipomentalización también tenían más altos errores por hipermentalización y mayores errores en CS y, a la vez, se asociaron más fuertemente con trauma infantil y otras variables.

2.4.3. Conclusiones acerca de la cognición social y el TLP

A partir del análisis que hemos hecho, podemos observar que algunos estudios publicados indican que los pacientes límite presentan una tendencia a percibir a los demás de manera negativa y malévola (Lerner & Peter, 1984; Stuart et al., 1990; Westen, 1991b). Además, estos pacientes pueden caracterizarse por un sesgo hacia una evaluación generalmente más extrema de los demás (Arntz & ten Haaf, 2012). Los estudios que utilizan tareas de autoinforme también indican déficits en la CS en TLP. Estos déficits pueden aumentar en pacientes con TEPT comórbido o experiencias de maltrato en la infancia (Duque-Alarcón et al., 2019; Limberg, Barnow, Freyberger, & Hamm, 2011;

Preißler et al., 2010). Estos resultados se observan, especialmente, cuando se dan en un contexto que genera angustia o excitación en el evaluado, por ej., en aquellas tareas que abordan dificultades específicas del TLP (por ej, situaciones de rechazo, exclusión y/o abuso) (Limberg et al., 2011; Renneberg et al., 2012). Además, son más notables y fácilmente detectables cuando se utilizan tareas ecológicamente válidas, tal y cómo se ha observado en los últimos años a raíz de la publicación de instrumentos más complejos y válidos ecológicamente (Dziobek et al., 2011; Preißler et al., 2010; Sharp et al., 2013). Por otro lado, los resultados con estudios acerca de la expresión facial emocional en el TLP, nos indica que presentan una expresión facial diferente comparado con grupos control clínicos y no clínicos (Staebler et al., 2011).

La variedad de los resultados obtenidos en el funcionamiento de la CS en la población con TLP puede ser debida a varios aspectos, entre otros, posibles problemas metodológicos y de muestreo. A nivel metodológico, observamos cómo la mayoría de los estudios sobre CS en el TLP utilizaba pruebas unidireccionales (por ej., visualización pasiva de imágenes con expresiones emocionales faciales como el RMET). Sin embargo, el sello distintivo de la interacción social es el intercambio circular de señales sociales entre dos o más individuos. Esta idea vuelve a apoyar la importancia de las tareas con alta validez ecológica, aquellas que incluyen bucles de retroalimentación entre dos o más personajes para poder evaluar y comprender de manera más adecuada los procesos cognitivos sociales (Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014). A nivel de muestreo, se sabe que las funciones de la CS tienden a mostrar diferencias a lo largo del ciclo vital (Bleiberg, 2013); también se ha demostrado que muchos de los tratamientos con evidencia empírica para el TLP aumentan las capacidades de mentalización en pacientes con el diagnóstico de TLP (Levy et al., 2006).

Por lo tanto, podríamos afirmar que esta percepción y comprensión disfuncional de las señales sociales que presentan los pacientes con TLP, junto con la emisión de señales sociales ambiguas y difíciles de leer, contribuyen significativamente a las relaciones interpersonales inestables y otras características psicopatológicas propias del TLP que ocurren dentro de los entornos sociales. Esta disfuncionalidad social descrita en el paciente límite, puede y suele ser generadora de otras características nucleares observadas en el TLP, esto es, de conductas impulsivas y disregulación emocional (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Como consecuencia, la suma de estos procesos podría conducir a impedimentos para establecer interacciones sociales efectivas, provocar conflictos interpersonales repetitivos con otras personas significativas y generar dificultades para establecer relaciones estables a largo plazo (Roepke et al., 2012).

2.5. Instrumentos de evaluación de la CS.

En este punto realizaremos una breve revisión acerca de los instrumentos utilizados para medir la CS, algo en lo que, sin duda, nos apoyaremos para elegir el instrumento de evaluación que utilizamos en nuestro estudio.

El objetivo es comprender que, dentro del panorama de instrumentos que hay, la MASC es un instrumento muy adecuado para medir la capacidad de atribuir EM en los demás, midiéndolo en un contexto cercano a la vida real.

Presentaremos estos instrumentos, partiendo de las tareas más sencillas para medir la ToM y siguiendo con las más complejas, esto es, aquellas que requieran mayores recursos de la persona para poderlas ejecutar con éxito.

Empezaremos describiendo aquellas tareas que miden la capacidad de comprender que la creencia de otro es falsa en relación a una situación real, esto es, las creencias de primer orden:

- 1983: *Test de comprensión de creencias falsas (Maxi Task)*. Fueron Wimmer y Perner (Wimmer & Perner, 1983) quienes propusieron una prueba para evaluar este tipo de habilidades y lo adaptaron a la cuestión de a qué edad los niños eran capaces de atribuir creencias falsas a los demás. La prueba es la siguiente, extraída de Grande-García (2009, p.6).

Maxi pone un chocolate en un armario “x”, Maxi sale y mientras está fuera, su mamá saca el chocolate y lo pone en el armario “y”. Se le pregunta a los niños ¿dónde buscará Maxi su chocolate cuando regrese? —es decir, ¿dónde cree Maxi que está su chocolate.

- 1985: Posteriormente, y basándose en la prueba anterior, Baron-Cohen (Baron-Cohen et al., 1985) crearon la *Tarea de Sally y Ana*. En este test, se presenta el siguiente texto acompañado de imágenes, extraído de Tirapu-Ustárruz (2007, p. 481):

El niño ve a Sally (una muñeca) que esconde una canica en su cesta y se va; a continuación, Ana cambia la canica a su propia cesta. Al niño se le hacen preguntas de control de la memoria y la pregunta clave del test, que es “¿Dónde buscará Sally la canica?”.

Gracias a los resultados obtenidos con esta tarea, consideraron que los niños con autismo carecían de ToM.

Posteriormente, aparecen tareas para evaluar lo que los demás piensan de los pensamientos de otros a través de las creencias de segundo orden. Esto es, valorar la capacidad de atribuir falsas creencias a los demás.

- 1985: *Historia del Heladero* (Perner & Wimmer, 1985) evalúa esta capacidad, la presentamos a continuación, texto extraído de Tirapu-Ustárruz (2007, p. 481)

Es un día caluroso de verano. Juan y María están sentados en el parque cuando ven llegar una furgoneta de helados. Como no llevan dinero encima, María decide ir a buscar la cartera a su casa. El heladero le asegura que esperará en el parque, pero al cabo de unos minutos Juan ve cómo el heladero arranca la furgoneta para irse. Al preguntarle dónde va, el heladero contesta que se marcha a la zona de la iglesia porque en el parque apenas hay gente. Cuando el heladero va conduciendo camino de la iglesia, María le ve desde la puerta de su casa y le pregunta dónde va. Así, María también se entera de que estará en la iglesia. Por su parte, Juan, que no sabe que María ha hablado con el heladero, va a buscarla a su casa pero no la encuentra. El marido de María le dice a Juan que ella se ha ido a comprar un helado. Pregunta: ¿Dónde piensa Juan que María habrá ido a buscar al heladero?”.

Se va progresando en el estudio y evaluación de la ToM y aparecen instrumentos para evaluar aspectos más complejos de la ToM como aquellos que requieren evaluar la intencionalidad o la sensibilidad social:

- 1994: *Historias extrañas de Happé* (Happé, 1994a). Incluye historias que involucran mentiras, errores, mentiras piadosas y persuasión, además de historias de estado no mental como condición de control. Después de escuchar las historias, a los participantes se les hacen preguntas sobre las intenciones de los personajes.

Ejemplos de estas historias son las de ironía, mentira y mentira piadosa, extraído de Tirapu-Ustárruz (2007, p.482):

- *Ironía*: un niño está mirando a un grupo de niños que se cuentan cosas y se ríen. Se acerca y les pregunta: “¿Puedo jugar con vosotros?”. Uno de los niños se gira y le dice: “Sí, claro, cuando las vacas vuelen, jugarás”. Pregunta de comprensión: ¿es verdad lo que dice el niño? Pregunta de justificación: ¿por qué dice eso?
- *Mentira*: aparecen dos niños, uno con un bote lleno de caramelos. El otro le pregunta: “¿Me das un caramelo?” y el niño de los caramelos responde,

escondiéndolos tras la espalda: “No, es que no me queda ninguno”. Pregunta de comprensión: ¿es verdad lo que dice el niño? Pregunta de justificación: ¿por qué dice eso?

- *Mentira piadosa*: hoy tía Amelia ha venido a visitar a Pedro. Pedro quiere mucho a su tía pero hoy lleva un nuevo peinado que Pedro encuentra muy feo. Pedro cree que su tía está horrorosa con este pelo y que le quedaba mucho mejor el que llevaba antes. Pero cuando tía Amelia le pregunta a Pedro: “¿Qué te parece mi nuevo peinado?”, Pedro dice “¡Oh, estás muy guapa!”. Pregunta: ¿por qué le dice eso Pedro?

Estas historias nos sitúan en un nivel de mayor complejidad de la ToM ya que evalúa la capacidad de comprender por qué un personaje expresa algo (que no se entiende de forma literal) en una situación determinada.

- 1999: *Test de meteduras de pata (Faux Pas Test*, en adelante, FPT; Baron-Cohen, O’Riordan, Stone, Jones, & Plaisted, 1999; Stone, Baron-Cohen, & Knight, 1998). Creadas para evaluar la sensibilidad social, esto es, la capacidad que presenta el sujeto para comprender una situación social y entender los sentimientos, pensamientos e intenciones de los demás en esa situación. En el FPT (Baron-Cohen, Jolliffe, Mortimore, & Robertson, 1997) se presentan 20 historias con interacciones entre hablante y oyente y se le pide al participante que detecte un paso en falso en cada historia. Estas historias describen situaciones sociales complejas, donde un personaje comete un fracaso en la conversación al decir algo que no debe o decir algo incómodo. Abarca altas demandas contextuales y requiere la integración implícita de inferencias cognitivas sobre los EM. Un ejemplo sería el siguiente, citado en Tirapu-Ustárriz (2007, p.482)

Julia compró a su amiga Esther un jarrón de cristal como regalo de bodas. Esther hizo una gran boda y había tal cantidad de regalos que le fue imposible llevar la cuenta de qué le había regalado cada invitado. Un año después, Julia estaba

cenando en casa de Esther. A Julia se le cayó una botella de vino sin querer sobre el jarrón de cristal y éste se hizo añicos. “Lo siento mucho. He roto el jarrón” dijo Julia. “No te preocupes –dijo Esther–, nunca me gustó; alguien me lo regaló por mi boda”. ¿Ha dicho alguien algo que no debería haber dicho o algo inoportuno? Si dice sí, preguntar: ¿quién ha dicho algo que no debería haber dicho o algo inoportuno? ¿Por qué no lo debería haber dicho o por qué ha sido inoportuno? ¿Por qué crees que lo dijo? ¿Se acordaba Esther de que Julia le había regalado el jarrón? ¿Cómo crees que se sintió Julia? Preguntas control: en la historia, ¿qué le regaló Julia a Esther por su boda? ¿Cómo se rompió el jarrón?”

- 2005: *Tareas de dibujos animados* (Brüne, 2005). Se presentan seis historias de dibujos animados que representan diferentes escenarios: cooperación entre dos personajes, un escenario donde un personaje engaña a otro y, un último escenario, que muestra dos personajes que cooperan para engañar a un tercero. Cada historia consta de cuatro cartas, las cuales se presentan boca abajo y los participantes tienen que ordenar la secuencia lógica de cada escena. Se evalúa la capacidad para comprender las situaciones sociales presentadas en los dibujos animados y representar la mente de los personajes, para encontrar el orden cronológico o comprender la ironía, el humor y las creencias falsas.

Otro tipo de pruebas que se utilizan para evaluar la CS son las medidas de autoinforme, ya sea a través de test de lápiz y papel como a través de imágenes (la mirada o expresiones faciales) como desarrollamos a continuación:

- *Interpersonal Reactivity Index, IRI* (Davis, 1983): conformado por 28 ítems que se responden en una escala tipo Likert de 5 puntos que van desde “no me describe bien” hasta “me describe muy bien”. Conformada por 4 subescalas, cada una

compuesta de 7 elementos diferentes: toma de perspectiva, fantasía, preocupación empática y distorsión personal.

- *Reflective Functioning Questionnaire, RFQ* (Fonagy et al., 2016): evalúa la capacidad de mentalización de un sujeto basándose en patrones de respuesta a preguntas sobre procesos mentales con respecto a uno mismo y a los demás. Conformado por 54 ítems que se puntúan en una escala tipo Likert de 7 puntos (desde totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo). Conformada por 2 subescalas, la que evalúa la certeza sobre los EM y la que se refiere a la incertidumbre sobre los EM.
- *Reading the mind in the eyes test, RMET* (Baron-Cohen et al., 2001): mide la capacidad de los sujetos para identificar la expresión emocional a través de la mirada. Consta de 36 fotografías en blanco y negro que solo muestran pares de ojos. Expresan pensamientos o sentimientos de contenido negativo, positivo y neutro. Cada fotografía tiene cuatro respuestas posibles que aparecen en la pantalla y el sujeto debe elegir la que considera más adecuada.

El propio autor argumenta que es una prueba de evaluación de mayor complejidad para evaluar la ToM ya que requiere: conocer un léxico amplio relacionado con las emociones, ser capaz de comprender la expresión facial únicamente a través de la mirada y empatizar. Sin embargo, el mismo autor señala como limitación más importante la escasa validez ecológica de la prueba (al ser expresiones estáticas de los ojos y emociones actuadas –y no sentidas-). A pesar de ello, a día de hoy, el RMET se encuentra entre las pruebas más ampliamente utilizadas para medir CS (Fossati et al., 2017; Németh et al., 2018).

- *Multifaceted Empathy Test, MET* (Dziobek et al., 2008): prueba asistida por PC que consta de fotografías que muestran 30 imágenes de personas en situaciones con carga emocional y está destinada a producir fuertes reacciones emocionales. Evalúa empatía cognitiva y emocional. Para evaluar la empatía cognitiva, los participantes tienen que inferir la emoción del sujeto en la foto y se les pide que indiquen la emoción correcta entre cuatro alternativas. Para la empatía emocional, se les pide que califiquen el grado de preocupación empática que sienten por la persona en la imagen (en una escala tipo Likert de 0 a 9). Se considera una de las pruebas de autoinforme más ecológicamente válidas, y tiene el beneficio adicional de permitir la evaluación por separado de aspectos cognitivos y emocionales.

En los últimos años también han aparecido entrevistas semiestructuras que pueden utilizarse para evaluar la CS, en concreto, destacamos la siguiente:

- *Metacognition Assessment Interview, MAI* (Semerari et al., 2012): evalúa 4 subfunciones: monitoreo (MON, en adelante), integración (INT, en adelante), diferenciación (DIF, en adelante), descentración (DEC, en adelante) y puntuación global. El MON evalúa los EM del individuo evaluado. La INT se refiere a la capacidad más general de los individuos para reflexionar sobre diferentes EM, identificando contradicciones, conflictos y patrones internos. La DIF indica la capacidad de reconocer la naturaleza de los EM distinguiendo entre los contenidos internos y la realidad externa. La DEC se refiere a la capacidad de asumir la perspectiva de otras personas para comprender sus EM. Esta última sería la variable más cercana a la CS propiamente.

Una de las limitaciones que presentan estas pruebas es su escasa complejidad y poca naturalidad (Roepke et al., 2012). En respuesta a la crítica del material de estímulo

con baja validez ecológica, se han propuesto medidas alternativas que pudieran proporcionar una validez ecológica mejorada para evaluar la CS. De hecho, un desafío importante en el estudio de la interacción social es el desarrollo de pruebas empíricas cercanas a las condiciones de la vida real, esto es, ecológicamente válidas con construcciones teóricas subyacentes consistentes que sean capaces de capturar los principales aspectos de la disfunción interpersonal que ocurre en los TP (Preißler et al., 2010). Así, para dar respuesta a esta necesidad Dziobek y sus colaboradores crearon la MET (Dziobek et al., 2008) (ya explicada anteriormente) y la MASC (Dziobek et al., 2006):

- *Movie for the Assessment of Social Cognition, MASC* (Dziobek et al., 2006): evalúa la CS en contextos cercanos a la vida real, y ha mostrado elevada validez ecológica, fiabilidad y sensibilidad para la evaluación de la CS (Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014). Esta prueba va a ser analizada en mayor detalle en el punto 3 de nuestro trabajo por ser la piedra angular de nuestro trabajo.

Revisadas las pruebas más estudiadas para medir la CS, observamos cómo a lo largo de los años se ha ido progresando en la evaluación de esta capacidad, llegando a lograrse una evaluación muy cercana a situaciones de la vida real. Así, para presentar una adecuada capacidad de atribuir EM a los demás, vemos que es necesario darnos cuenta de que las otras personas son agentes cuya conducta viene determinada por sus objetivos y sus creencias. A la vez, es fundamental identificar nuestros propios EM. Así, podremos reconocer que otras personas tienen una perspectiva del mundo diferente a la nuestra. Por lo tanto, para comprender su comportamiento, tenemos que tener en cuenta su perspectiva y la nuestra, para ser capaces de separar y comparar las dos perspectivas (aspectos que se

observan claramente en las tareas de falsas creencias). Con un adecuado funcionamiento de la CS podremos, por lo tanto, establecer relaciones interpersonales sanas y robustas.

3. Película para la Evaluación de la Cognición Social (MASC: “*Movie for the Assessment of Social Cognition*”)

3.1.MASC. Aspectos teóricos.

Los autores de la MASC entienden la CS como la “habilidad de atribuir estados mentales en uno mismo y en los demás” (Dziobek et al., 2006). A la vez, utilizan el término ToM indistintamente del de CS. Consideran dichos autores crucial el hecho de realizar inferencias cognitivas sociales para las interacciones sociales exitosas porque median en la comprensión de las disposiciones e intenciones de los demás y conducen a la predicción correcta del comportamiento.

Los autores de la MASC (Dziobek et al., 2006) revisaron los instrumentos publicados para medir la CS y se interesaron en construir un instrumento que permitiera medir la CS con tareas más cercanas a la vida real, esto es, estímulos que involucraran el procesamiento de estímulos extraídos de contextos de la vida real. Para ello construyeron una película para la evaluación de la CS la cual requiere que los sujetos de estudio hagan inferencias sobre los EM de los personajes del video. La prueba considera diferentes modalidades de EM (pensamientos, emociones e intenciones) con valencia positiva, negativa y neutra. Además, se realizaron variaciones en la extensión y la calidad del lenguaje, los gestos y las expresiones faciales involucradas en los diferentes ítems. También se adoptaron conceptos clásicos de CS como ironía, sarcasmo, reglas implícitas sociales, las equivocaciones o meteduras de pata y las insinuaciones para facilitar que se muestre una amplia gama de EM. Aunque los ítems varían en dificultad, la prueba fue diseñada para poder detectar incluso dificultades sutiles en la comprensión social.

En concreto, la MASC es una prueba en formato película que se desarrolla dentro de un contexto normalizado de la vida diaria (una noche de cena entre cuatro amigos).

Evalúa el reconocimiento de los participantes de los EM de los personajes en un contexto de la vida cotidiana y, por lo tanto, permite el análisis de la CS de una manera más ecológicamente válida que las pruebas tradicionales. Los temas centrales giran en torno a la amistad y el coqueteo. En las interacciones entre los personajes aparecen múltiples signos sociales como lenguaje, gestos, posturas y expresiones faciales, que facilitan el reconocer el EM ambiguo sobre el que preguntan.

La MASC es un instrumento que permite obtener varios tipos de resultados en función de determinadas categorías, las cuales mencionamos a continuación, y proponemos una agrupación de algunas de ellas en la Tabla 15:

1. ToM correcta: atribuciones correctas de EM. Correcta CS.
2. Atribución de EM:
 - a. Pensamientos (MASC pensamientos)
 - b. Sentimientos (MASC sentimientos)
 - c. Intenciones (MASC intenciones)
3. Errores en Mentalización:
 - a. Hipermentalización o ToM exceso: inferencias erróneas por exceso, se atribuye un EM que no existe. Implica hacer suposiciones sobre los EM de otros que van mucho más allá de los datos observables que otros pueden tener dificultades para alcanzar. Siguiendo el ejemplo que propone Sharp et al., (Sharp et al., 2013; Sharp & Vanwoerden, 2014a), la persona *A* invita a la persona *B* a cenar, pero *B* responde rápidamente que no está disponible debido a un compromiso previamente programado. *A* luego supone que *B* no desea pasar tiempo con ella debido a un malentendido

que recuerda de hace varios años, en el que *A* no asistió a la fiesta de cumpleaños de *B*. Luego, *A* genera una narrativa compleja acerca de que *B* es “demasiado sensible” e “incapaz de perdonar”. Esto se conoce como hipermentalización porque, aunque *A* estaba usando EM para explicar las acciones de *B*, estos EM estaban sobreatribuidos y era poco probable que fueran reales. Más bien, reflejaron los propios EM de *A* en el momento del malentendido original.

- b. Hipomentalización o ToM defecto: EM mal atribuido, esto es, se atribuye un EM distinto al que en realidad existe. Se trata de interpretaciones sociales con alguna referencia a la mente de otra persona, pero que a menudo pierden el sentido o carecen de matices relacionales.
- c. No mentalización o ToM ausencia: cognición concreta. Por ejemplo, atribución de causalidad física en lugar de un EM.

4. Tipos de ToM. Para definir esta diferenciación seguiremos las aportaciones de Németh et al., (Németh et al., 2018)

- a. ToM cognitiva: componente involucrado en la comprensión de las intenciones y creencias de los demás. También se le puede llamar ToM “frías”.
- b. ToM afectiva: componente que procesa los sentimientos y emociones de otras personas. También se le puede llamar ToM “caliente”.

5. Atribución de EM a través de claves:

- a. Claves perceptivas (“MASC perceptivas”): los ítems perceptivos son aquellos en que el EM del personaje pueden inferirse por claves externas o pistas “observables” como la expresión facial, el movimiento ocular, la

postura corporal, etc., y son relativamente independientes del contexto de la película.

- b. Claves cognitivas (“MASC cognitivas”): los ítems cognitivos son aquellos en que inferir el EM del otro requiere la interpretación del contexto, el contenido subjetivo (por ejemplo, el lenguaje literal y no literal, lo que sabemos de la persona y de la situación en la que se encuentra, etc.), por lo tanto, procesos más cognitivos.

6. Atribución de EM a través de:

- a. Emociones Calientes (“MASC calientes”): describe ítems emocionales. Siguiendo las aportaciones de algunos autores (Harari et al., 2010; Sabbagh, 2004; Shamay-Tsoory, 2011; Shamay-Tsoory, Tibi-Elhanany, & Aharon-Peretz, 2006), hace referencia al componente de la ToM que engloba el procesamiento de los sentimientos y emociones de los demás (ToM afectiva o ToM “caliente”).
- b. Emociones Frías (“MASC frías”): incluye ítems no emocionales. Siguiendo con los mismos autores antes mencionados (Harari et al., 2010; Sabbagh, 2004; Shamay-Tsoory, 2011; Shamay-Tsoory et al., 2006), hace referencia al componente de la ToM que engloba la comprensión de las intenciones, pensamientos y/o creencias de los demás (ToM cognitiva o ToM “fría”)

Es importante señalar que las categorías que hemos numerado como 1., 2. y 3., han sido validadas y utilizadas por la propia autora en varios de sus estudios. La categoría que diferencia ToM cognitiva y afectiva (la que hemos numerado con el 4) fue construida y validada en el estudio de Vaskinn (Vaskinn, Andersson, Østefjells, Andreassen, &

Sundet, 2018) quienes, por un lado, juntaron las categorías de pensamiento e intenciones (con alguna pequeña modificación de algún ítem) y crearon la categoría de ToM cognitiva y, por otro, juntaron los ítems emocionales y conformaron la ToM afectiva. Esta clasificación ha sido posteriormente utilizada en varios estudios (Vaskinn et al., 2018; Vaskinn, Melle, Aas, & Berg, 2021). Finalmente, las categorías 5 y 6 son propuestas de la autora del instrumento que están en fase experimental. Para nuestro estudio utilizaremos todas las categorías propuestas y realizamos una diferenciación entre las categorías que engloban aspectos cognitivos y aquellas que incluyen temática más emocional (ver tabla 15)

Tabla 15. Clasificación de categorías afectivas y cognitivas de la MASC.

	MASC emociones
Categorías Afectivas	ToM afectiva
	Emociones calientes
	MASC intenciones
Categorías Cognitivas	MASC pensamientos
	ToM cognitiva
	Emociones frías

Fuente: elaboración propia

A nivel estadístico la versión española de la MASC (Lahera et al., 2014) presenta buenas propiedades psicométricas: fiabilidad de 0.86 (Alpha de Cronbach), fuertes correlaciones con otras medidas de CS (Historias extrañas de Happé, RMET), adecuada consistencia interna y una buena fiabilidad test-retest (Cibersam, 2015). A la vez, se informó que las puntuaciones en la MASC eran consistentemente independientes de los puntajes de CI (Dziobek et al., 2006; Preißler et al., 2010). Además, es la prueba que

evalúa cognición social con mayor sensibilidad comparada con tests estándar (Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014).

3.2.MASC. Aspectos prácticos y ejemplos reales.

En la MASC se les pide a los participantes que visualicen la película durante aproximadamente 45 minutos. La película se va parando 48 veces y van apareciendo preguntas de elección múltiple relativas a los temas centrales (*p.e. ¿Qué está sintiendo Betty?, “¿Qué piensa Cliff?”; “¿Por qué Michael está haciendo esto?”*). El tiempo de respuesta para cada pregunta es de 30 segundos.

A continuación, siguiendo con la clasificación propuesta en el punto anterior, vamos a describir con ejemplos reales extraídos de la película las diferentes categorías que evalúa la MASC.

1. Atribución de Estados Mentales

a. Pensamientos

Michael telefona a Cliff para preguntarle cómo está y explicarle que pasó por casa de Sandra (...) le dice que han quedado para cenar el sábado

Cliff responde que el sábado tiene una exposición (...) y Michael le responde “vamos, no tienes que ser el 1º en verla, ¿sabías que los cuadros no se borran porque la gente los mire?”

Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:



6. ¿De qué cree Michael que se ríe Cliff?

- a. Del comentario gracioso de Michael.
- b. Cliff irá a la exposición de arte.
- c. Michael es un mujeriego.
- d. De que los cuadros se borren.

b. Sentimientos

Michael llega a casa de Ella le responde con voz Posteriormente, aparece la siguiente Sally, le saluda animado y entrecortada... pregunta:
le dice “mírate estás “eeehhh....siii...gracias”.
increíble, te has cortado el A lo que él comenta por pelo”, mientras le mira de encima “mola”....
arriba abajo y le acaricia el pelo.



1. ¿Qué está sintiendo Sandra?

- a. El corte de pelo no le queda tan bien.
- b. Está contenta por el cumplido.
- c. Le exaspera que Michael le entre tan fuerte.
- d. Se siente halagada pero de alguna manera le pilló por sorpresa.

c. Intenciones

Michael y Cliff están hablando por teléfono. Cliff inicialmente le dice Posteriormente, aparece la siguiente viñeta: Michael está intentando convencer a Cliff para que acuda a la cena con las dos chicas (...)
insiste (...) “sería estupendo que nos acompañaras y.....podrás...recuperar los 20€ que me dejaste”.
Cliff queda en silencio.



7. ¿Por qué está Michael diciendo esto?

- a. Para presionar a Cliff a ir.
- b. Quiere devolver a Cliff su dinero.
- c. Para dar a Cliff un incentivo extra para ir.
- d. Ayer cobró el sueldo.

2. Errores en Mentalización:

- a. Hipermentalización o ToM exceso
- b. Hipomentalización o ToM defecto
- c. No mentalización o ToM ausencia

Betty acaba de llegar a casa de Sandra (donde se celebra la cena entre amigos y ya están reunidos el resto de invitados). Anteriormente habían llegado Cliff y Michael; Michael le trajo las flores que hay en el jarrón que puede observarse en la imagen (Cliff no llevó nada). Betty comenta: “oh Cliff, esas flores que le has traído a Sandra son chulísimas; ha sido todo un detalle”.



Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:

20. ¿Qué está sintiendo Sandra?



- a. Contenta de que a Betty le guste Cliff. ToM defecto
- b. Las flores no son tan bonitas. ToM ausencia
- c. Desilusionada de que Cliff no trajera flores. ToM exceso
- d. Avergonzada por el comentario de Betty. ToM correcta

3. Tipos de ToM:

a. ToM cognitiva

Los 4 están jugando a un juego de mesa, Michael está fallando y se enfada y tira todas las fichas. Betty le dice “eh tío tranquilízate”, a lo que Michael responde “no pasa nada, lo siento, sé perfectamente donde estaban las fichas” y se pone a ordenarlas....



Mientras Michael ordena las fichas, Sandra comenta “la gente se lo toma muy en serio...” (...) y Michael intentando disimular mete fichas a su favor....



Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:

41. ¿Qué intenta hacer Michael?

- a. Hacer trampas.
- b. Meter dos fichas en un bolsillo.
- c. Recomponerse del disgusto.
- d. Colocar las fichas donde estaban.

b. ToM afectiva

Sandra y Cliff están hablando, Sandra le comenta a Cliff, “la última noche en el as, durante un rato parecías un poco melancólico...”



Cliff cuenta a Sandra que hace poco lo ha dejado con su novia (...) y comenta “y aunque estés separado...siempre estás...de alguna forma... conectado”



Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:

12. ¿Qué está sintiendo Sandra?

- a. Esta encantada de que Cliff sea tan sensible.
- b. Cliff es soltero.
- c. Esta decepcionada de que Cliff todavía piense en su ex.
- d. Lo lamenta por Cliff con la ruptura.

4. Atribución de EM a través de claves:

a. Claves perceptivas

Cliff y Sandra están charlando. Cliff le cuenta a Sandra un viaje que hizo a Suecia con amigos. Sandra le dice “está claro que fue una buena experiencia” a lo que él responde “si lo fue....”

Cliff continúa la conversación, cambia su tono de voz (...) “la mayor parte fue positiva pero pasó algo (...) al tercer día mi perrito Max se escapó, y nunca más volvió”. A lo que Sandra responde “oohh.....”.

Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:



14. ¿Qué está sintiendo Sandra?

- a. Se siente culpable de que su perro siga vivo.
- b. Está segura de que Cliff quería mucho a su perro.
- c. Viajar con un perro es una mala idea.
- d. Esta triste por Cliff.

b. Claves cognitivas

Los 4 están cenando mientras charlan. Sandra propone sacar un juego que parece el resto desconoce (...) sigue explicando “es un juego de mesa para 4 personas, así podemos jugar a dobles y luego os cuento las reglas...” (...)

Todos responden que vale...y Betty pregunta “¿cómo van a ser las parejas?, creo que deberíamos mezclarnos (...)”. Michael toma la iniciativa “oh sí, yo juego con Betty”, sonrían todos, Betty y Michael miran hacia Sandra y Sandra hacia Cliff.

Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:



37. ¿Por qué está Michael diciendo esto?

- a. Le gustaría jugar con Betty y asume que Sandra querrá jugar con Cliff.
- b. Lo mismo le da jugar con Betty que con Sandra.
- c. Se ha enamorado de Betty.
- d. Jugará con Betty.

5. Atribución de EM a través de:

a. Emociones Calientes

Están Cliff, Sandra y Michael sentados en el sofá, Michael con énfasis cuenta que ha visto una escena en que un chico ha atropellado a una mujer (...) Sigue contando “luego, ayudé a la señora a levantarse y coger las bolsas, claro”

Sandra responde “ah si claro.... Eres tan buen samaritano Michael”

Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:



18. ¿Qué está pensando Sandra?

- a. Que Michael habla muy deprisa.
- b. Que Michael es un fanfarrón.
- c. Que Michael es una persona servicial.
- d. Que Michael no está contando la verdad.



b. Emociones Frías

Están preparando la cena, Michael responde “ey, ey...no soy el mejor para hablar, ¿sabes?” (mientras se toca la barriga)

Posteriormente, aparece la siguiente viñeta:

Michael hace un comentario desafortunado (...) Betty comenta: “muy gracioso, qué mujer podría resistirse a tal encanto” (...)



32. ¿Por qué está Michael diciendo esto?

- a. Para disculparse por su comentario.
- b. Para vengarse de Betty por su comentario.
- c. Porque sabe que no es el mejor para hablar.
- d. Porque le da igual.



3.3.MASC. Aplicaciones clínicas. Revisión bibliográfica.

Tal y cómo desarrollaremos en este punto el instrumento MASC ha sido traducido en varios idiomas: español (Lahera et al., 2014), italiano (Fossati et al., 2018), francés (Martinez et al., 2017), árabe (Goueli et al., 2019) y ha sido aplicado a numerosa población clínica: TEA, trastornos de personalidad, esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión, ansiedad, entre otros. Presentamos, a continuación, una revisión bibliográfica de todos los estudios que hemos encontrado publicados que utilizan la MASC para evaluar la CS ordenados por condición psicopatológica que evalúa:

Trastornos del Espectro Autista:

- *Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition* (Dziobek et al., 2006). Primer estudio publicado que utiliza la MASC. Se presenta el instrumento y se describe su proceso de elaboración. Se aplica a población con síndrome de Asperger y sujetos control. Se obtienen dificultades marcadas y selectivas en la CS en sujetos con síndrome de Asperger.
- *Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation* (Lahera et al., 2014). Validación española del instrumento MASC-SP. Para ello, se utiliza la MASC-SP y otros tres instrumentos de CS (Test de Ekman, RMET e Historias Extrañas de Happé) en una muestra de adolescentes con Síndrome de Asperger y control sano. Los individuos con síndrome de Asperger tuvieron puntuaciones significativamente más bajas en todas las medidas de CS. El MASC-SP mostró adecuadas propiedades psicométricas.
- *Validation of the Movie for the Assessment of Social Cognition in Adolescents with ASD: Fixation Duration and Pupil Dilation as Predictors of Performance* (Müller, Baumeister, Dziobek, Banaschewski, & Poustka, 2016). Se utiliza la

MASC, el RMET y el Cuestionario de Empatía (*Empathy Questionnaire, EQ*) para evaluar la CS en adolescentes con TEA de alto funcionamiento (y muestra control) a la vez que se realiza el seguimiento ocular concurrente para estudiar la relación del comportamiento de la mirada con los niveles de rendimiento en CS. El grupo TEA presenta niveles altos de ToM reducida, y el rendimiento de la CS se explica por una menor duración de la fijación de la mirada y una menor dilatación de la pupila. Identificó la MASC como una medida válida, confiable y sensible de la CS en la adolescencia.

- *Theory of Mind Is Not Theory of Emotion: A Cautionary Note on the Reading the Mind in the Eyes Test* (Oakley, Brewer, Bird, & Catmur, 2016). Se investiga si el bajo rendimiento en la CS que presentan las personas con TEA es debido a fallos en la ToM o a la alexitimia. Comparan el rendimiento de estos sujetos en el RMET y en la MASC. Parten de la crítica de que no queda claro si el RMET indexa el reconocimiento de emociones, asociado con la alexitimia, o con la ToM, asociado con el TEA. Los participantes con TEA mostraron un rendimiento deficiente en la MASC. La alexitimia, pero no el diagnóstico TEA, influyó significativamente en el rendimiento de RMET pero no afectó al rendimiento de MASC. Estos resultados sugieren que el RMET mide el reconocimiento de emociones en lugar de la capacidad de ToM y apoyan la hipótesis de la alexitimia y los déficits relacionados con las emociones en el TEA.
- *Phenotypic continuum between autism and schizophrenia: Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC)* (Martinez et al., 2017). Estudio en el que se traduce y se valida la MASC al francés. Para ello, miden la CS en una muestra de pacientes con SC, TEA y controles sanos. Se observa que la MASC discrimina adecuadamente el funcionamiento de la CS en cada uno de

los grupos evaluados, viéndose puntuaciones más bajas en ToM correcta en la muestra de pacientes con SC en comparación con TEA. En toda la muestra, las puntuaciones de la MASC correlacionaron inversamente con rasgos autísticos, y síntomas de desorganización. En mayores errores por hipermentalización se correlacionaron con la edad de inicio de la enfermedad.

- *What difference does it make? Implicit, explicit and complex social cognition in autism spectrum disorders* (Schaller & Rauh, 2017). Prueban las habilidades de CS en adolescentes con una batería amplia de evaluación de esta habilidad en adolescentes con TEA y adolescentes grupo control normo típico. Los TEA presentan menor precisión en pruebas de reconocimiento facial de emociones y en la MASC, y no se diferenciaron en otras más simples. Se propone que en los TEA las tareas de mayor complejidad pueden provocar déficits en el procesamiento implícito de la expresión facial emocional.
- *Pupil Dilation Progression Modulates Aberrant Social Cognition in Autism Spectrum Disorder* (Bast et al., 2019). Se estudia la progresión de la dilatación de la pupila durante la visualización de la MASC en adolescentes TEA y controles. Se observan particularidades en la población con TEA. En el TEA el procesamiento sensorial-perceptivo aberrante y la función de atención podrían contribuir a atenuar el rendimiento de la CS.
- *An opposite pattern of cognitive performance in autistic individuals with and without alexithymia* (Rødgaard, Jensen, & Mottron, 2019). Partiendo de un estudio anterior de Oakley et al., (Oakley et al., 2016), los autores quieren investigar la influencia del autismo y la alexitimia en la RMET y en la MASC. Para ello se correlaciona la alexitimia con la RMET y la subescala cognitiva de la MASC. Encuentran patrones opuestos de desempeño en las dos tareas cognitivas

dentro del grupo TEA; así, se halla una correlación negativa entre alexitimia y RMET, y positiva entre alexitimia y escala cognitiva de la MASC. A diferencia de lo obtenido por Oakley existe una asociación entre la alexitimia y la MASC dentro del grupo de autismo

- *Social Cognition in Autism and Other Neurodevelopmental Disorders: A Co-twin Control Study* (Isaksson et al., 2019). Se examina la CS en una muestra amplia de gemelos con TEA, otros trastornos del neurodesarrollo o desarrollo típico utilizando la MASC. La CS se correlacionó con el diagnóstico de TEA, la gravedad del autismo y los rasgos autistas. Estos hallazgos destacan la importancia de las alteraciones de la CS en el autismo y sugieren un impacto ambiental no compartido en esta asociación.
- *Social Cognition in Autism and Schizophrenia Spectrum Disorders: The Same but Different?* (Boada et al., 2020). Se compara el desempeño de la CS a través de 4 instrumentos en pacientes TEA o pacientes TEE y en controles sanos. Encuentran que ambos grupos clínicos se desempeñan de manera similar entre sí y peor que los controles sanos en todas las áreas de CS. Únicamente la MASC se muestra independiente de la edad y la inteligencia, además que es el instrumento que mejor discrimina entre los grupos clínico y control.

Trastornos Psicóticos

- *Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment*(Montag et al., 2011). Se pretende estudiar las alteraciones de la ToM que ocurren en las personas con SC paranoide. Para ello, utilizan la MASC y comparan con controles sanos. Se observa que los pacientes con SC, en general, cometen errores a la hora de mentalizar. Concretamente, los síntomas

negativos se asocian con la ausencia de ToM mientras que los síntomas positivos con errores en hipermentalización.

- *Theory of mind in schizophrenia: Error types and associations with symptoms* (Fretland et al., 2015). Investigar la asociación entre los tres tipos de errores de la ToM (evaluados con la MASC) y los síntomas de la SC (positivos, negativos y desorganizados). Se obtiene una asociación significativa entre hipermentalización y síntomas positivos. Se obtiene una tendencia entre hipomentalización y síntomas de desorganización.
- *Theory of mind in women with borderline personality disorder or schizophrenia: differences in overall ability and error patterns* (Vaskinn et al., 2015). Comparan la CS (con la MASC) en mujeres con SC, con TLP y sanas. Las mujeres con TLP no tuvieron un rendimiento significativamente diferente de su CS en general en comparación con el grupo control, a pesar de que sí obtuvieron una tendencia estadística a mostrar un peor rendimiento. Las mujeres con TLP mayores errores de hipermentalización y las mujeres con SC errores de hipomentalización.
- *Factors contributing to social cognition impairment in borderline personality disorder and schizophrenia* (Andreou et al., 2015). Investigan la relación de determinados factores (capacidad neurocognitiva, percepción de las emociones, historial de trauma y exceso de confianza) en los errores en la mentalización (tal cual los mide la MASC) en muestra de pacientes con TLP, otra con SC y otra control. TLP mostró mayor hipermentalización, y SC mayor hipomentalización. El exceso de confianza fue el predictor más importante de la hipermentalización y la hipomentalización dependió principalmente de la memoria verbal y la percepción de las emociones.

- *Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia* (Vaskinn et al., 2018). Se evalúa la ToM y otras variables en individuos con SC. La ToM se evalúa a través de la MASC en la muestra clínica y otra control. Entre otros resultados, los individuos con SC presentaron grandes deterioros en la CS en todas las áreas evaluadas (excepto en los errores por hipermentalización).
- *Large social cognitive impairments characterize homicide offenders with schizophrenia* (Engelstad et al., 2019). Se quiere explorar si el deterioro en la CS puede aumentar el riesgo de violencia en pacientes con esquizofrenia que han cometido homicidios en comparación con no homicidas y controles sanos. Se estudia la percepción de emociones mediante pruebas específicas y la CS se evalúa con la *Hinting Task* y la MASC. Se muestra que los pacientes homicidas tienen un rendimiento significativamente más pobre que los no homicidas tanto en la percepción de emociones como en la CS. En particular, los homicidas cometieron errores marcados en hipomentalización.
- *The interactive effect of autism and psychosis severity on theory of mind and functioning in schizophrenia* (Vaskinn & Abu-Akel, 2019). Se investiga el efecto concurrente del autismo y la gravedad de los síntomas psicóticos sobre la CS y el funcionamiento en la SC en una muestra de pacientes con esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo. Los niveles concurrentes de autismo y síntomas psicóticos positivos benefician el funcionamiento de la CS (ToM correcta) en la SC. Además para el grupo con altos niveles de autismo, disminuyen los errores en hipermentalización, lo que se traduce en una mejor ToM general.
- *Nonsocial cognitive underpinnings of theory of mind in schizophrenia* (Sjølie, Meyn, Raudeberg, Andreassen, & Vaskinn, 2020). Investigan qué dominios

cognitivos no sociales específicos predicen mejor el desempeño en la CS en la SC. Para ello, evalúan varios dominios cognitivo no sociales con diferentes pruebas y lo comparan con el desempeño en la MASC. Encontraron asociaciones entre la MASC total y cinco pruebas cognitivas no sociales (inteligencia, velocidad de procesamiento, memoria verbal o visual y memoria de trabajo no verbal), ninguna de ellas hizo contribuciones únicas a MASC total.

- *Sexual abuse and physical neglect in childhood are associated with affective theory of mind in adults with schizophrenia* (Vaskinn et al., 2021). Examinan la asociación entre el trauma infantil y la ToM en personas con esquizofrenia en comparación con controles sanos. Las personas con SC presentaban tasas elevadas de trauma infantil y puntuaciones ToM más bajas que los sanos. En el grupo de SC, aparece una asociación significativa entre abuso sexual y ToM afectiva. Se encuentra que la negligencia física es el predictor más fuerte de ToM afectiva.
- *Mentalizing Errors in Patients with Schizophrenia who Received Psychosocial Rehabilitation: a Case-Control Study* (Andrade-González et al., 2021). Se evalúan las habilidades de mentalización (con la MASC) y otras medidas en pacientes con SC que reciben un tratamiento de rehabilitación psicosocial en comparación con controles sanos. Los pacientes con SC cometieron mayores errores por hipomentalización y no mentalización. No se encontraron diferencias entre sexos. En SC un funcionamiento cognitivo más bajo se asoció con una mentalización más deficiente, a la vez, la velocidad de procesamiento explicó parte de la variación en los errores de mentalización totales y el deterioro de la mentalización se asoció a un funcionamiento general más deficiente.

Trastornos del estado de ánimo

- *Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients* (Montag et al., 2010). Se evaluó la CS en sujetos con TB utilizando la MASC. Los pacientes en comparación con grupo control puntuaron peor en ToM cognitivo (MASC pensamientos e intenciones) pero no hubo diferencias en ToM emocional (MASC emociones). Cometieron mayores errores por hipomentalización (juntando ToM defecto y no ToM).
- *Exploring preoperational features in chronic depression* (Wilbertz, Brakemeier, Zobel, Härter, & Schramm, 2010). Basándose en la idea de que los individuos deprimidos presentan un déficit en la ToM, los autores comparan la CS en una muestra de sujetos con depresión crónica de aparición temprana con una muestra control utilizando la MASC, el IRI y entrevista clínica. Únicamente encontraron errores en la CS medida a través de la entrevista clínica, viendo una falta de empatía en la vida diaria de la muestra clínica.
- *I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression* (Wolkenstein, Schönenberg, Schirm, & Hautzinger, 2011). Examinan si los pacientes deprimidos tienen alteraciones en su ToM en comparación con controles sanos. Concretamente, estudian los dos aspectos de la ToM (decodificación y razonamiento) a través de la RMET y la MASC. Se observa que los pacientes deprimidos presentan mayores errores en ToM razonamiento en la MASC al cometer mayores errores de ToM defecto, tendencia más marcada cuando se refería a EM emocionales en contra de cognitivos.
- *Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression* (Zwick & Wolkenstein, 2017). Se examina si los pacientes con depresión aguda y depresión en remisión muestran déficits en la CS,

concretamente, en el reconocimiento facial de emociones y en el razonamiento utilizando pruebas con elevada validez ecológica. Además, se examina el papel que juega el mimetismo facial. Se observaron diferencias significativas en el reconocimiento facial de emociones en el grupo con depresión aguda y con depresión en remisión; hecho que se explicó, en parte, por el mimetismo reducido. Se observaron alteraciones en el razonamiento de la CS medida a través de la MASC en el grupo de depresión aguda.

- *Effects of mineralocorticoid receptor blockade on empathy in patients with major depressive disorder* (Wingenfeld et al., 2016). Se examina si el bloqueo del receptor de mineralcorticoides (MC) afecta a la empatía en pacientes con Trastorno Depresivo Mayor (TDM, en adelante) y en individuos sanos. Se mide la CS a través de la MET y la MASC. En la MET se obtuvo que los pacientes tuvieron puntuaciones de empatía cognitiva más alta en comparación con los controles sanos en condición placebo (pero no después del bloqueador del MC). El bloqueo del MC redujo la empatía cognitiva en pacientes con TDM al nivel de individuos sanos. No se vio afectada la empatía emocional por el bloqueo de MC. Con la MASC, no se pudo revelar ningún efecto del bloqueador de la MC.
- *Theory of mind in euthymic bipolar patients and first-degree relatives* (Santos et al., 2017). Se evalúa la CS en pacientes con TB y familiares de primer grado (emparejados con muestra control). Para medir la CS se utiliza tareas de creencias falsas de 1^o y 2^o orden, tareas de insinuación, y la MASC. Se vieron alteraciones en la CS en pacientes y familiares únicamente cuando fue evaluada con la MASC.
- *Theory of mind in remitted bipolar disorder: Younger patients struggle in tasks of higher ecological validity* (Feyerabend et al., 2018). Examina la CS en pacientes con TB en remisión en comparación con muestra control. Se evalúa la CS a través

de la *Cambridge Mindreading Face-Voice-Battery* y de la MASC. Únicamente se observa que la muestra de pacientes con TB más joven presenta peor decodificación en la ToM que la muestra control

Trastornos de ansiedad

- *Social cognition under stress: differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women* (Smeets et al., 2009). Se investiga si la exposición al estrés y las consiguientes elevaciones de cortisol afecta al procesamiento de la CS. Para ello, se expone a los sujetos de estudio (diferenciados por sexo) a una prueba de estrés psicosocial o de control no estresante y posteriormente se les evalúa la CS a través del RMET y de la MASC. Se observaron diferencias entre sexos en función de los niveles de cortisol (alto o bajo) a la hora de atribuir EM únicamente a través de la MASC (no de la RMET).
- *Theory of Mind Impairments in Social Anxiety Disorder* (Hezel & McNally, 2014). Se explora si los individuos socialmente ansiosos presentan deficiencias en la ToM. Se compara estos individuos con una muestra control sana con la prueba RMET y la MASC. Las personas con trastorno de ansiedad social (TAS, en adelante) cometían mayores errores de hipermentalización que los individuos sanos.
- *Inferring other people's states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders* (Buhlmann et al., 2015). Investigar la CS en individuos con TAS, trastorno dismórfico corporal (TDC, en adelante) comparado con un grupo control sano y grupo control clínico con trastorno obsesivo compulsivo (TOC, en adelante). Se evaluó la CS con la MASC. Los grupos socialmente ansiosos (TAS y TDC) fueron en general menos precisos

que los otros grupos en la interpretación correcta de las situaciones sociales, y no se obtuvieron diferencias entre los 2 grupos control. Los grupos TAS y TDC mayores errores en la identificación de pensamientos e intenciones que grupos control. No hubo diferencias en la identificación de emociones.

- *Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions.* (Washburn, Wilson, Roes, Rnic, & Harkness, 2016). Se examinó la CS en 4 grupos: TAS con TDM, TAS sin TDM, TDM y grupo control sano. El grupo con TAS fue significativamente menos preciso en la decodificación de EM que los otros grupos. TAS y TAS con TDM cometieron mayores errores por hipermentalización que TDM.
- *Theory of mind ability in high socially anxious individuals* (Lenton-Brym, Moscovitch, Vidovic, Nilsen, & Friedman, 2018). Se evalúa si los déficits en la CS ocurren incluso en un nivel subclínico de ansiedad social. Para ello diferencian entre participantes con alto y bajo grado de ansiedad social y aplicaron la RMET y la MASC. Personas con altos niveles de ansiedad presentaron peor desempeño en la RMET en imágenes neutras. No hubo diferencias entre los 2 grupos en la MASC.
- *Worry amplifies theory-of-mind reasoning for negatively valenced social stimuli in generalized anxiety disorder* (Zainal & Newman, 2018). Hay teorías sobre el trastorno de ansiedad generalizada (TAG, en adelante) que defienden que la ToM en el TAG está condicionada por el grado de preocupación de los individuos. Se quiere avanzar en la comprensión de la CS en el TAG. Para ello, a una muestra con TAG y otra control, se les asigna a una inducción de preocupación o de relajación (aleatoriamente) y se les pide que completen la RMET y la MASC. El TAG en general interactúa significativamente con las diferentes variables de la

ToM. La inducción de preocupación en el TAG les lleva a un razonamiento general y cognitivo más preciso que los controles, especialmente para las señales negativas.

Trastornos de Personalidad

- *Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others* (Preißler et al., 2010). Se evalúa las habilidades cognitivas sociales en el TLP (comparado con sujetos control) a través de la MASC y de la RMET. Únicamente se observaron diferencias en la CS cuando se evaluó con la MASC. Se obtienen habilidades significativamente deterioradas en las mujeres con TLP. El TEPT comórbido, los síntomas intrusivos y los antecedentes de trauma sexual predijeron malos resultados en las tareas de CS.
- *Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder* (Ritter et al., 2011). Se evalúa la empatía cognitiva y emocional en pacientes con TNP. Para ello, comparan el funcionamiento de la CS a través de la MET y la MASC en una muestra TNP, otra control y otra con TLP. Se obtuvieron deficiencias significativas en la empatía emocional medida a través de la MET. No diferencias entre las 3 muestras en empatía cognitiva medida a través de la MET o MASC.
- *Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits* (Sharp et al., 2011). Se examina la CS en una muestra de adolescentes con rasgos TLP utilizando la MASC como medida de la CS y se explora el papel mediador de la regulación emocional en la relación entre la CS y los rasgos limítrofes. Se observó una relación entre los rasgos limítrofes y los

errores en hipermentalización (ToM exceso). Esta relación fue parcialmente mediada por dificultades en la regulación de las emociones.

- *Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits.* (Sharp et al., 2013). Examinar si se logran mejoras en la CS, concretamente, en los errores por hipermentalización, en adolescentes con rasgos o diagnóstico TLP hospitalizados (al ingreso y al alta). Para ello, utilizan la MASC para medir la CS. Se encontró que la hipermentalización mejoraba al alta a través de un tratamiento hospitalario especializado.
- *The developmental building blocks of psychopathic traits: revisiting the role of theory of mind* (Sharp & Vanwoerden, 2014b). Se examina las relaciones entre ToM y rasgos psicopáticos utilizando pruebas con elevada validez ecológica (MASC) y la RMET. Se observaron relaciones entre hipermentalización y los componentes afectivos de la psicopatía. Además, la hipomentalización o ausencia de ToM se relacionó con los componentes conductuales de la psicopatía.
- *Enhanced Emotional Empathy after Mineralocorticoid Receptor Stimulation in Women with Borderline Personality Disorder and Healthy Women* (Wingenfeld et al., 2014). Investigan si la estimulación de un receptor cerebral (el mineralcorticoides) mediante un agonista del mismo (fludrocortisona) en pacientes con TLP y en grupo control sano mejora los niveles de CS. A un grupo de pacientes se les administró el agonista y a otro placebo. En el MET (pero no en la MASC) la fludrocortisona mejoró la empatía emocional en los dos grupos, mientras que la empatía cognitiva no se vio afectada.
- *Cognitive Correlates of Different Mentalizing Abilities in Individuals with High and Low Trait Schizotypy: Findings from an Extreme-Group Design.* (Kocsis-Bogár, Kotulla, Maier, Voracek, & Hennig-fast, 2017). Primer estudio que se

interesa por estudiar la CS en personas con altos y bajos rasgos de esquizotipia, para ello se basan en el acercamiento dimensional del espectro de la esquizofrenia. Se evaluó la ToM cognitiva y afectiva a través de la MASC. Presentar altos rasgos de esquizotipia se relacionó con peor desempeño en ToM afectiva y peor rendimiento en la CS en general. Otras variables estudiadas (flexibilidad e inhibición cognitiva) correlacionaron con otros fallos en la CS.

- *Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing* (Newbury-Helps, Feigenbaum, & Fonagy, 2017). Estudian la CS en sujetos delincuentes diagnosticados o no de trastorno antisocial de personalidad (TASP, en adelante) (en comparación con grupo control sano) a través del RMET, de la MASC y de otra prueba computarizada. El grupo de delincuentes presentó una CS deteriorada en todas las áreas en comparación con grupo control. Los delincuentes con TASP demostraron mayor dificultad para la CS que sin TASP. Las deficiencias en la toma de perspectiva, en la CS y la sensibilidad social así como los errores en la CS (hipomentalización y no mentalización) fueron más marcadas en individuos con TASP
- *On the relationships between DSM-5 dysfunctional personality traits and social cognition deficits: A study in a sample of consecutively admitted Italian psychotherapy patients* (Fossati et al., 2017). Se evalúa que el modelo híbrido de la Sección III del DSM-5 puede estar asociado con déficits específicos en la CS evaluada a través del RMET y la MASC. Se obtuvieron asociaciones significativas entre determinados rasgos de personalidad patológicos y la CS, incluso cuando se controló el efecto de determinados trastornos de personalidad de la Sección II del DSM-5.

- *An investigation of the mentalization-based model of borderline pathology in adolescents* (Quek et al., 2018). Por primera vez se investiga la mentalización transgeneracional. Utilizan una muestra de adolescentes con TLP y una muestra de adolescentes control y sus respectivos cuidadores primarios. Evalúan la mentalización con la MASC. Los resultados sugieren una influencia indirecta de la mentalización del cuidador hacia el adolescente, se observa la relevancia de la hipomentalización del cuidador en un modelo hipermentalizante del adolescente con TLP.
- *Thinking about Assessment: Further Evidence of the Validity of the Movie for the Assessment of Social Cognition as a Measure of Mentalistic Abilities* (Fossati et al., 2018). Estudio de validación de la MASC al italiano. Para ello utilizan una muestra de adolescentes no clínicos, adultos no clínicos y pacientes adultos con diagnóstico de TP. Los hallazgos destacan la validez de la MASC como una medida de mentalización y son consistentes con el modelo de mentalización de Fonagy y su papel en la patología de la personalidad.
- *Guanfacine Augmentation of a Combined Intervention of Computerized Cognitive Remediation Therapy and Social Skills Training for Schizotypal Personality Disorder* (Mcclure et al., 2019). Se pretende estudiar si el tratamiento farmacológico (guanfacina) añadido a la terapia cognitiva y de habilidades sociales mejora la CS (medida con la MASC) en el trastorno esquizotípico. Los participantes tratados con los 3 tratamientos demostraron mejoras significativas en el razonamiento y resolución de problemas, así como en la capacidad funcional y CS a diferencia de la condición placebo.
- *Effects of Childhood Maltreatment on Social Cognition and Brain Functional Connectivity in Borderline Personality Disorder Patients* (Duque-Alarcón et al.,

2019). Investigan la influencia del maltrato infantil en la CS en pacientes con TLP.

Para medir la CS utilizan la RMET y la MASC en una muestra de pacientes con TLP y otra control sana. Entre otros resultados, se observa una relación negativa entre la dimensión maltrato total, abuso físico y negligencia física y puntuaciones en la MASC.

- *Social cognition in adolescent females with borderline personality traits* (Goueli et al., 2019). Traducción y validación de la MASC al árabe. Se compara la CS (evaluado a través del RMET y la MASC) en mujeres adolescentes con rasgos *borderline* y mujeres adolescentes sanas, y se evalúa la CS en relación con la gravedad de rasgos de personalidad límite. Las puntuaciones de RMET y algunos dominios de la MASC mostraron diferencias significativas entre grupos de pacientes y control. Además, se evidenció que la intensidad de estos déficits se relacionaba con algunos síntomas del TLP: impulsividad, vacío, patrón de relación y estados cuasi-psicóticos.
- *Hypermentalizing as a marker of borderline personality disorder in Italian adolescents: a cross-cultural replication of Sharp and colleagues' (2011) findings* (Somma et al., 2019). El objetivo de este estudio es probar si el TLP tanto evaluado dimensionalmente como categorialmente se asocia específicamente con errores de hipermentalización en la MASC en pacientes adolescentes italianos hospitalizados y controles sanos. Los hallazgos apoyan la hipótesis de un vínculo específico entre las características del TLP y la hipermentalización entre los pacientes adolescentes hospitalizados (tanto los evaluados dimensionalmente como categorialmente). El desempeño general en la MASC se diferencia significativamente entre los hospitalizados y la muestra control.

- *Social Cognition Capacities as Predictors of Outcome in Mentalization-Based Treatment (MBT)* (Kvarstein et al., 2020). Investigar la CS (con la MASC) como posible predictor de mejoría de la MBT en pacientes con TLP. Se observa que el tipo de error más frecuente es la hipermentalización. Los niveles más altos de hipermentalización no influyeron negativamente con la mejora de la alianza ni con los resultados clínicos. La hipomentalización se asoció con peores resultados clínicos. El subgrupo con mayores errores en hipomentalización tuvieron mayor número total de errores de ToM, y se asociaron más con trauma infantil y otras variables.
- *Are impairments in theory of mind specific to borderline personality disorder?* (Normann-Eide et al., 2020). Estudian por primera vez la CS en pacientes con TLP, otros TP y controles sanos, y, además investigan la relación entre la CS y la gravedad general de la psicopatología y los problemas interpersonales. Entre otros, se observa la tendencia a la hipermentalización en los pacientes con TLP.
- *Divergent mentalization types in adolescent borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder* (Akça, Wall, & Sharp, 2021). Investigan los correlatos únicos de las habilidades ToM (con la MASC y RMET) que ayuden a distinguir entre el adolescentes con TLP, con TDAH y con TLP+TDAH. ToM correcta se asoció negativamente con los síntomas TDAH y TLP en chicas, y negativamente con síntomas del TDAH en chicos. La hipermentalización se asoció con síntomas TLP en niñas y hipomentalización y ausencia de ToM con síntomas TDAH en niñas.

Dependencia/abuso de tóxicos

- *Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users* (Preller et al., 2014). Se estudia la CS en consumidores crónicos de cocaína. Para ello, comparan el funcionamiento de la CS entre consumidores de cocaína y grupo control sano utilizando la MET, la MASC y la RMET. Los consumidores de cocaína mostraron menos empatía emocional medida a través de la MET y mayores errores en hipomentalización o ToM defecto en la MASC.
- *Dissociating Affective and Cognitive Theory of Mind in Recently Detoxified Alcohol-Dependent Individuals* (Maurage et al., 2016). Se estudia las habilidades de ToM a través de la MASC en individuos dependientes del alcohol (en su 3ª semana de abstinencia) comparado con grupo control. Las personas dependientes del alcohol mostraron un deterioro global de la ToM, al mostrar una puntuación reducida en ToM correcta. Por subcomponentes se observó una reducción significativa en ToM afectiva, con el componente cognitivo preservado.
- *Social Cognition and Interaction in Chronic Users of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy")* (Wunderli et al., 2018). Se investigan los efectos a largo plazo del consumo de MDMA sobre la CS y las interacciones sociales. Se evalúa la empatía emocional y cognitiva, la toma de decisiones sociales y los niveles plasmáticos de oxitocina en usuarios crónicos de MDMA. Los usuarios de MDMA muestran mejor empatía cognitiva en comparación con controles en la MET y en la MASC, pero no diferencias en empatía emocional. Resultado que se ve afectado cuando las dosis de MDMA son más altas (peor empatía cognitiva).
- *Socio-cognitive functioning in stimulant polysubstance users* (Kroll et al., 2018). Se investiga los efectos del policonsumo de estimulantes sobre la CS medida a

través de la MET y la MASC. Los individuos con policonsumo muestran menor empatía emocional (MET) en comparación con controles. A mayor número de sustancias consumidas peor desempeño en empatía emocional. No se ve afectada la empatía cognitiva (MET y MASC).

- *Improvement of Emotional Empathy and Cluster B Personality Disorder Symptoms Associated With Decreased Cocaine Use Severity* (Vonmoos et al., 2019). Se investiga si las deficiencias en la CS y determinados rasgos patológicos de la personalidad asociados a consumidores crónicos de cocaína pueden revertirse con la reducción o cese de estimulantes. Para ello, se evalúa la CS (a través de MET y MASC), la toma de decisiones y los rasgos de personalidad del clúster B en consumidores de cocaína (en aumento y en reducción de consumo) y controles sanos. Entre otros resultados, el aumento de consumo de cocaína se relaciona con empeoramiento de la empatía, y la disminución con una mejora de la empatía emocional.
- *Theory of mind in users of anabolic androgenic steroids* (Vaskinn, Hauger, & Bjørnebekk, 2020). Se examina la ToM (usando la MASC) en usuarios de esteroides androgénicos anabólicos. Se evaluó a sujetos que utilizaban esteroides, los que dependían de los mismos y los que no los tomaban. Los sujetos dependientes de esteroides presentaban peor rendimiento en la ToM que los controles en todas las medidas de la MASC.

Trastornos de Conducta Alimentaria

- *Social Cognition in Anorexia Nervosa: Specific Difficulties in Decoding Emotional but not Nonemotional Mental States* (Brockmeyer et al., 2016). Examinan si las mujeres con AN tienen mayores dificultades en la CS que mujeres

sanas con una prueba ecológicamente válida (MASC). Las mujeres con AN mostraron mayores errores a la hora de inferir EM emocionales. No se observaron otros errores en la CS

Condiciones Físicas variadas

- *Theory of mind and empathy in patients at an early stage of relapsing remitting multiple sclerosis* (Kraemer et al., 2013). Se estudia el funcionamiento de la CS en jóvenes recién diagnosticados de Esclerosis Múltiple remitente recidivante (EMRR, en adelante). Para ello, se administra la MASC para medir la ToM y el EQ para medir la empatía en una muestra de pacientes con EMRR y otra control. En comparación con la muestra control, los pacientes con EMRR obtuvieron mayores errores en “ToM ausencia” en la MASC y menores niveles de empatía con el EQ.
- *Theory of mind abilities in patients with psychogenic nonepileptic seizures* (Schönenberg et al., 2015). Investigan el reconocimiento facial emocional y las habilidades de la ToM en una muestra de pacientes con crisis psicógenas no epilépticas (CPNE, en adelante) y control sano. Para ello, se aplicaron pruebas de reconocimiento facial de emociones computarizadas y la MASC, entre otras. Se observó que los pacientes con CPNE presentaban altos rasgos de alexitimia y deterioro en las habilidades de ToM, mientras que no se observaron diferencias en el reconocimiento facial de emociones.
- *Theory of Mind Impairments Highlighted With an Ecological Performance-Based Test Indicate Behavioral Executive Deficits in Traumatic Brain Injury* (Allain et al., 2020). Se evalúa la CS en pacientes con traumatismo craneo-encefálico (TCE, en adelante) utilizando la MASC y se estudia la asociación entre el desempeño en

la MASC y trastornos del comportamiento. Los pacientes cometen más errores en la atribución de EM que el grupo control. También se observa una asociación entre las deficiencias en las habilidades de CS en la MASC y las alteraciones del comportamiento en estos pacientes.

Otros

- *Neural correlates of social cognition in naturalistic settings: A model-free analysis approach* (Wolf et al., 2010). En este estudio se quiere investigar a través de técnicas de neuroimagen el sustrato neuronal que subyace a los procesos de la ToM en condiciones cercanas a la vida real. Para ello, utilizan la MASC. Los resultados muestran que la red de razonamiento del EM se puede descomponer en redes funcionales circunscritas que median aspectos diferenciales de la ToM.
- *Differential effects of MDMA and methylphenidate on social cognition* (Schmid et al., 2014). Se estudia los efectos sobre la CS que supone el consumo de MDMA y metilfenidato. Para ello, se usan varios instrumentos de CS y otros aspectos sociales, entre ellos, tareas de reconocimiento de emociones faciales (FERT, en adelante), MASC y la MET. Se investiga los efectos agudos que generan las dos drogas y placebo. Se observan efectos sobre la CS bajo efectos del MDMA (reconocimiento de emociones en la FERT y mejora de la empatía emocional a través de MET).
- *Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind.* (Hart, Venta, & Sharp, 2017). Se investiga la relación entre el estilo de apego y la ToM (evaluada con la MASC) en adolescentes hospitalizados. Se observa que un estilo de apego seguro se correlaciona positivamente con las habilidades de ToM. A la vez, se obtiene que

la ToM media la relación entre el apego inseguro y las alteraciones en el contenido del pensamiento.

- *Neurocognitive determinants of theory of mind across the adult lifespan* (Laillier et al., 2019). Se estudia los diferentes componentes de la ToM (afectivo y cognitivo) en el envejecimiento. Para ello, se administra la MASC a participantes sanos en un rango amplio de edad (20 a 75). No se observan disminuciones diferentes relacionadas con la edad en la ToM cognitiva y afectiva. Se discute los sustratos cerebrales específicos para cada componente de la ToM.
- *Investigating ToM in aging with the MASC: from accuracy to error type* (Lecce, Ceccato, & Cavallini, 2019). Se pretende estudiar la CS y los errores en la atribución de EM utilizando la MASC a lo largo del ciclo vital y ver cómo evoluciona con el envejecimiento normal. Los adultos mayores son menos precisos en la atribución del EM que los jóvenes con la MASC (no con tareas ToM más clásicas). Además, los adultos mayores cometen mayores errores tanto en hipomentalización como en ausencia de mentalización, mientras que los jóvenes mayores errores en hipermentalización. Entre los mayores no aparecen diferencias entre los errores por hipermentalización ni hipomentalización, que son igualmente frecuentes en este grupo de edad.
- *Impaired empathy but no theory of mind deficits in adult attention deficit hyperactivity disorder* (Abdel-Hamid et al., 2019). Partiendo de la idea de que las funciones ejecutivas están estrechamente relacionadas con las habilidades de ToM (supuestamente, por una base neuropsicológica común) se quiere investigar si existen déficits en la ToM de adultos con TDAH sin tratamiento previo al diagnóstico. Se compara el rendimiento en determinadas tareas de funciones ejecutivas y habilidades de empatía con el rendimiento en la MASC en adultos

TDAH y sanos. La muestra clínica muestra déficits en varias funciones ejecutivas y capacidad de empatizar, pero no se encuentran diferencias significativas en la ToM evaluada con la MASC.

- *Thinking about Others' Minds: Mental State Inference in Boys with Conduct Problems and Callous-Unemotional* (Roberts et al., 2020). Se evalúa la CS (a través de la MASC y otras pruebas) a niños que presentan desarrollo típico y trastornos de conducta con altos y bajos niveles de rasgos insensibles y carentes de emociones (*callous-unemotional traits*). Los niños con trastornos de conducta y altos rasgos insensibles tenían más dificultades para inferir los EM a través de la MASC que los niños normativos y con trastornos de conducta y bajos rasgos insensibilidad. En las otras pruebas no hubo diferencias significativas.
- *Can theory of mind be improved? Positive expectations cause better theory of mind performance in a community sample* (Dorn, Rief, & Mehl, 2020). Estudian si las expectativas positivas sobre la capacidad de ToM de una persona pueden lograr una mejora en su ToM. Los participantes completaron una prueba simulada de ToM, luego fueron asignados al azar a 3 condiciones: recibir comentarios positivos, negativos o nulos sobre su capacidad ToM. Se evaluaron sus expectativas sobre su propio desempeño en ToM. Finalmente, evaluaron la ToM a través de la MASC. Los participantes que recibieron comentarios positivos, presentaron expectativas positivas sobre su capacidad de ToM y mostraron mejores resultados en MASC; no otros resultados a resaltar.

4. Apego

4.1. Concepto y definición

El concepto de apego hace referencia al vínculo afectivo y de interrelación que se establece entre las personas. Este vínculo se construye sobre la base de las primeras interacciones que han existido en la infancia entre el bebé y su cuidador. En este sentido, el conocimiento de este vínculo en la infancia, nos permite comprender por qué las personas con TLP presentan elevados déficits relacionales. Son numerosos los estudios (Cyr, Euser, Bakermans-Kranenburg, & Van Ijzendoorn, 2010; Morton & Browne, 1998; Sloman & Taylor, 2016) que han defendido que estas dificultades están relacionadas con experiencias no gratificantes durante la infancia.

Antes de entrar a desarrollar la importancia que ejercen las experiencias adversas en la infancia, esto es, haber sufrido malos tratos durante la misma, debemos ocuparnos de estudiar un aspecto clave cuando hablamos de experiencias en la infancia como es el concepto de *apego*.

Fue el psicólogo John Bowlby quien, bajo la influencia de los estudios de Konrad Lorenz y Harry Harlow realizados a finales de los 50 (Levy, 2005) construyó la Teoría del Apego. Bowlby afirma (Bowlby, 1977 citado en Levy, 2005 p.967):

(...) lo que por motivos de conveniencia denomino teoría del apego, es una forma de conceptualizar la tendencia de los seres humanos a crear fuertes lazos afectivos con determinadas personas en particular y un intento de explicar la amplia variedad de formas de dolor emocional y trastornos de la personalidad, tales como la ansiedad, la ira, la depresión y el alejamiento emocional que se producen como consecuencia de la separación indeseada y de la pérdida afectiva.

Continúa el mismo autor explicando que para conformar estos lazos afectivos entre cuidadores e hijos es necesario, primero, que los estados mentales de ambos se hallen en sintonía (importancia de la comunicación no verbal). Segundo, que, a través de esta sintonía, el niño sea capaz de equilibrar y regular sus propios estados mentales y reacciones emocionales y/o corporales. Y, finalmente, que gracias a la relación afectiva que establecen entre ellos, el niño adquiera un sentido de integración y conexión con los demás.

Por lo tanto, el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres (o cuidadores) y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad. Así, desde la teoría del apego se defiende que el estado de seguridad, ansiedad o temor de un niño estará determinado, en gran medida, por la accesibilidad y capacidad de respuesta de su principal figura de afecto.

Siguiendo y ampliando esta misma idea, el individuo vive, desde el momento en que nace hasta el momento en que muere, en un contexto interpersonal e intersubjetivo. En este contexto desarrolla vínculos afectivos con sus padres o sustitutos parentales y unas pocas personas más, con quienes desarrolla una relación cercana. En el curso de las experiencias que tiene con esas personas (o en relación con ellas, tanto en su presencia como en su ausencia), genera representaciones mentales correspondientes a la calidad de estas experiencias de apego. Estas representaciones mentales actúan como factores organizativos del mundo intrapsíquico individual e influyen en el desarrollo de la personalidad de una manera que puede ser adecuada o patológica. Lo que Bowlby observó temprano durante sus largos años de estudio, fue que en la historia de los individuos con serios problemas psicológicos, generalmente aparecen perturbaciones o trastornos de los vínculos de apego con las figuras significativas y aparece disfunción familiar.

Por lo tanto, la teoría del apego ofrece una teoría firme acerca del desarrollo y el mantenimiento de las dificultades relacionales que caracterizan la patología de la personalidad, a la vez que explica los problemas en la autorregulación y en la identidad de la persona. Así, la teoría del apego, integrada en una perspectiva de psicopatología del desarrollo, proporciona una perspectiva para comprender el desarrollo atípico en el contexto de desarrollo típico. Tanto la teoría del apego como la psicopatología del desarrollo comparten un interés común: descubrir el curso del desarrollo de los trastornos psicológicos de la infancia y la edad adulta (Levy, 2005). Siendo esta teoría de vital importancia para, tal y cómo mencionamos al inicio, comprender las dificultades propias del TLP.

4.2. Clasificación y tipos de apego

Una aportación muy importante en el estudio del apego se debe a Mary Ainsworth (Ainsworth, 1967) quien, con sus investigaciones en la década de los 60 y 70 contribuyó, no solo a comprender las dificultades descritas y el funcionamiento del apego, sino que estableció por primera vez diferentes tipos de apego

En sus estudios con niños en Uganda observó diferencias en la calidad de las interacciones entre madre e hijo en función de cómo respondían ambos sujetos. Para ello, creó un procedimiento estandarizado de laboratorio: la situación extraña. El procedimiento consiste en dos episodios que se desarrollan en una sala con juguetes y que incluyen al niño, a su madre y a un extraño. En éstos, se dan momentos de separación y reencuentro del niño con la figura de apego y, en función del comportamiento del niño, nos indica el tipo de apego que tiene establecido con la madre.

A partir del patrón observado ante este experimento, Ainsworth et al., (Ainsworth et al., 1978) diferenció tres categorías de apego (seguro, inseguro-avoidante e inseguro-

ambivalente). Posteriormente, Main y Solomon (Main & Solomon, 1986) añadieron una cuarta (desorganizado-desorientado):

- Categoría “A”: apego inseguro-evitativo. El niño juega con los juguetes, no llora durante la separación de la madre. Evita e ignora activamente a la madre durante el reencuentro (por ej., alejándose o mirando en otra dirección). Son niños que parecen estar más atentos a los objetos inanimados que a los sucesos interpersonales.
- Categoría “B”: apego seguro. El niño juega con los juguetes, muestra signos de encontrarse disgustado cuando la madre abandona la habitación, interrumpe su conducta de juego o exploratoria y, de algún modo, demanda el reencuentro. Cuando la madre vuelve, se consuela con facilidad, se queda tranquilo y vuelve a jugar.
- Categoría “C”: apego inseguro ambivalente o ambivalente-preocupado. El niño puede mostrarse cauto o angustiado antes de la separación, con escasa exploración. Reacciona fuertemente a la separación. Cuando la madre regresa, estos niños buscan el reencuentro y el consuelo, pero pueden también mostrar rabia o pasividad: no se calman con facilidad, tienden a llorar de una manera desconsolada y no retoman la actividad de exploración
- Categoría “D”: apego desorganizado-desorientado. Son niños que reaccionan al reencuentro con su madre de una manera confusa y desorganizada. En posteriores estudios empezó a acumularse evidencia de que los padres de niños desorganizados y desorientados asustaban a sus hijos mediante la experiencia directa de abuso o de alguna otra manera (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Lyons-Ruth, Connell, Zoll, & Stahl, 1987). Main y Solomon

(Main & Solomon, 1986) postularon que la madre del niño desorganizado es imprevisiblemente atemorizante con su hijo y que la desorganización es una respuesta al temor y a esa falta de coherencia.

Así, los estilos de apego se desarrollan tempranamente y se mantienen generalmente durante toda la vida. El estilo de apego de cada uno permite la formación de un modelo interno en la persona. Este modelo está conformado por creencias acerca de uno mismo y de los demás, y juicios que influyen en la formación y mantenimiento de las dinámicas relacionales. Por esto resulta importante la figura del cuidador principal, ya que el tipo de relación que se establezca entre éste y el niño será determinante en el estilo de apego que se desarrollará y, por lo tanto, en las relaciones interpersonales que establecerá este infante a lo largo de su vida.

Así, Bowlby siempre señaló la importancia del apego para la persona a lo largo del ciclo vital. En esta misma línea, Main, Kaplan y Cassidy (Main, Kaplan, & Cassidy, 1985), siguiendo la tipología de patrones de apego descrito de Ainsworth, desarrollaron la Entrevista del Apego de Adulto (*The Adult Attachment Interview*, AAI; George, Kaplan, & Main, 1985). Se trata de una entrevista semiestructurada para evaluar la narrativa que los adultos hacen de sus relaciones con las figuras de apego en su infancia. Así, está diseñada para provocar pensamientos, sentimientos y recuerdos sobre las primeras experiencias de apego, y evaluar el EM del individuo en relación con esos momentos. Consta de una serie de 20 preguntas, que requiere que los entrevistados reflexionen sobre los estilos de crianza de sus padres y de cómo las experiencias de su infancia con sus padres influyeron en sus vidas. La entrevista asigna al adulto a uno de los siguientes estilos:

- Seguro o autónomo: describen los aspectos positivos y negativos de sus experiencias infantiles con sus padres de manera abierta, equilibrada, coherente y consistente. Mientras la entrevista va progresando, impresiona que están reflexionando sobre sí mismos. Los adultos seguros generalmente tienen una representación favorable, realista y coherente de sí mismos y son flexibles, realistas e indulgentes en las relaciones interpersonales.
- Desvalorado o rechazado: en sus descripciones devalúan la importancia de las relaciones de apego o las relatan de manera idealizada con pocos ejemplos concretos para corroborar la información. A medida que progresa la entrevista, suelen aparecer inconsistencias entre generalizaciones vagamente positivas y evidencia indirecta de lo contrario.
- Preocupado o temeroso: estos adultos suelen hablar sobre sus experiencias de la infancia de una manera confusa e incoherente. Así, utilizan oraciones largas y enredadas gramaticalmente, uso de jerga y/o palabras sin sentido. Suelen realizar regresiones al habla infantil y presentar confusión sobre las relaciones pasadas y presentes.
- No resuelto (por traumas y/o pérdida): aparecen fallas en su monitoreo de razonamiento o en su discurso cuando relatan experiencias de pérdida o de abuso. Son personas que pueden hablar de modo moderadamente coherente. Sin embargo, sus declaraciones sobre las causas y consecuencias de los eventos traumáticos relacionados con el apego son muy poco plausibles.
- No se puede clasificar: esta categoría es característica de un colapso más global en el discurso y estrategias de apego inconsistentes. Se utiliza cuando las

entrevistas parecen tener características destacadas de los diferentes estilos de apego, pero de ninguna en concreto.

Si tenemos en cuenta la clasificación inicial que hemos descrito de Ainsworth, vemos que las tres primeras categorías (autónomo, desvalorado y preocupado) corresponderían a las de seguro, evitativo y ambivalente (Hesse, 2008; Levy, 2005). Así pues, la AAI fue el primer instrumento creado para evaluar el apego en adultos. Siendo, como ya hemos señalado, uno de los hallazgos más significativos, la alta correspondencia encontrada entre el estilo de apego del niño evaluado con la Situación Extraña y el estado mental de los progenitores con respecto al apego evaluado con la AAI (Hesse, 2008; Yáñez-Yaben & Comino, 2011)

Por lo tanto, vemos cómo la teoría del apego es altamente relevante para el estudio del funcionamiento de las personas (tanto psicológico como social o emocional). Además, gracias a esta teoría, se ha estudiado la influencia que ejerce los trastornos en el vínculo primario en el desarrollo de psicopatología en las personas. Esto es gracias a que se ha observado que los modelos internos que desarrolla el niño de sí mismo y de los demás dependen de la calidad del apego. Estos modelos persisten a lo largo del ciclo vital, guían las expectativas y/o las creencias relacionadas con la interacción interpersonal en el pasado, presente y futuro.

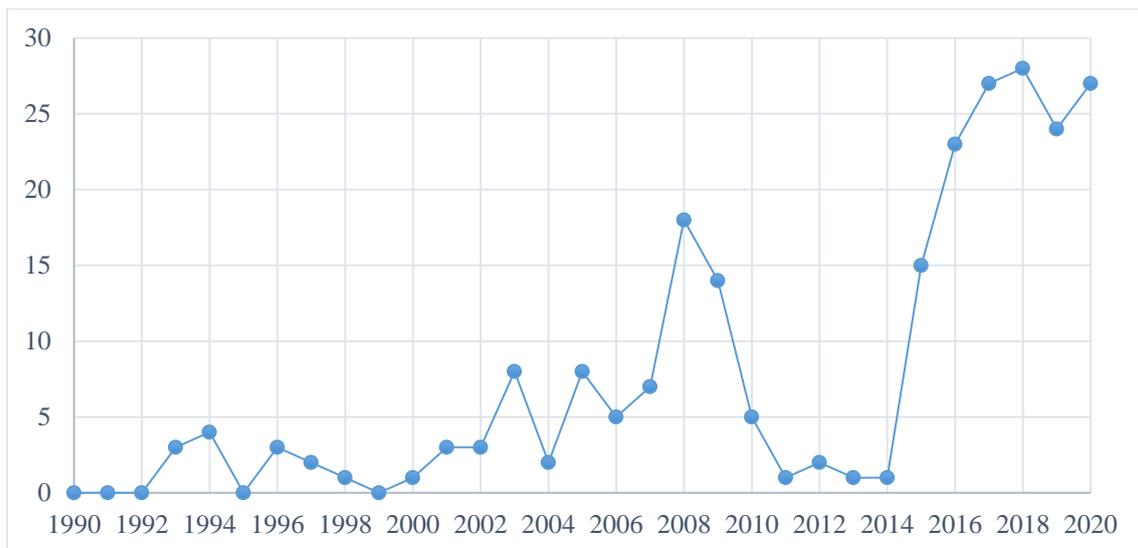
Una vez introducido los aspectos más relevantes sobre la teoría del apego, sus diferentes tipos y su influencia en el desarrollo integral de la persona, nos centraremos en estudiar el apego en el TLP.

4.3. Apego y TLP

Diversos estudios han puesto de manifiesto que los déficits asociados al estilo de apego presentan una influencia clave en las características fundamentales del TLP: relaciones interpersonales intensas e inestables, sentimientos de vacío, disregulación emocional, miedo crónico al abandono o intolerancia a la soledad, entre otros (Gunderson & Kolb, 1978; Skodol, Siever, et al., 2002) . Así, numerosos autores (Benjamin, 2003; Fonagy et al., 1996; Lorenzini et al., 2013) han comenzado a delinear cómo el estilo de apego puede contribuir a la comprensión de la psicopatología subyacente en el TLP. Incluso encontramos autores (Bateman & Fonagy, 2004a; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000) que entienden los problemas de apego temprano como un factor causal de primer orden para el desarrollo del TLP. Estos autores resaltan que la impulsividad, la disregulación emocional y las conductas de autolesión ocurren en un contexto interpersonal y están precipitadas por eventos relacionales reales o imaginados

Antes de desarrollar este punto, consideramos interesante presentar el siguiente gráfico sobre los estudios publicados sobre el TLP y el apego en los últimos años. Al realizar una búsqueda con los descriptores de *attachment* y *BPD* en el buscador Pubmed observamos cómo es en los últimos 5-6 años cuando empieza a aumentar el número de publicaciones de manera destacable.

Gráfico 6. Publicaciones sobre apego y TLP



Siguiendo en esta misma línea, destacamos un estudio de revisión realizado en el 2004 (Agrawal et al., 2004) acerca del estilo apego en personas con TLP. En este estudio se presenta una tabla con los 13 estudios revisados (ver el estudio de revisión para información más detallada). A pesar de que señalan ciertas limitaciones (modos diferentes de evaluar el trastorno o de recoger la información, muestras diferentes, etc.) destacan resultados interesantes para nuestro trabajo y la comprensión del tema que estamos estudiando:

- A pesar de la gran variación en el diseño y metodología de los estudios, los 13 estudios concluyen que hay una fuerte asociación entre diferentes formas de apego inseguro y TLP. Resultados que van en consonancia con las teorías (descritas en el primer punto) que defienden los problemas interpersonales como el síntoma principal en el TLP.
- Los pacientes con TLP tienen estilos de apego no resuelto y temeroso o preocupado en todos los estudios que utilizaron la AAI. Desde un 50% hasta un 80% de los pacientes límite fueron clasificados como no resueltos. En los dos

estudios que utilizaron instrumentos auto-administrados para evaluar el apego, el tipo temeroso fue el más frecuentemente relacionado con rasgos límites.

- Los sujetos clasificados con apego no resuelto, también fueron secundariamente clasificados en la categoría de apego preocupado, la cual fue la segunda categoría más fuertemente relacionada con sujetos límite. Esta categoría es muy cercana a la que Meyer et al. (Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape, & Egan, 2001) defienden como el tipo prototípico de apego *borderline*, esto es, sentimientos ambivalentes y errantes en las relaciones cercanas.
- Concluye la revisión afirmando que el estilo de apego que mejor caracteriza a la persona con TLP es el no resuelto (o desorganizado/desorientado) con rasgos de preocupado en relación con sus padres, y temeroso o, secundariamente, preocupado (o ambivalente) en sus relaciones románticas. Por lo tanto, la elevada prevalencia y severidad del apego no resuelto/preocupado (AAI) o temeroso (auto-informe) encontrado en estas muestras de adultos, apoyan el rol central que las relaciones interpersonales juegan en las teorías acerca del TLP. El apego inseguro, específicamente el no resuelto o temeroso (o su análogo desorganizado en la infancia) podría servir como un marcador de riesgo para desarrollar TLP.

Encontramos un estudio de revisión (Lorenzini et al., 2013) posterior al descrito, que se interesa por el revisar el estilo de apego con los trastornos de personalidad (no exclusivamente con el TLP). Se vuelve a confirmar la asociación entre el TLP y el apego preocupado y no resuelto. Los estudios han encontrado que entre el 50% y el 280% de los pacientes con TLP se ajustan a uno o ambos de estos estilos de apego.

Siguiendo con la misma idea, en el estudio de revisión de Levy (Levy, Beeney, & Temes, 2011) se señala que los resultados de los últimos estudios prospectivos y

longitudinales sobre el desarrollo del TLP resaltan la importancia de las experiencias tempranas en la infancia, especialmente al comienzo de la relación madre-hijo, en la predicción posterior de sintomatología TLP. Así pues, las experiencias de apego temprano, parecen ser predictores robustos de la posterior patología de la personalidad *borderline*. Ampliando esta idea y en palabras de Gunderson, (Gunderson, 1996; Gunderson, 2007) la intolerancia a la soledad típica de los sujetos límite refleja fallos en el apego temprano, señalando que los individuos con TLP son incapaces de invocar un “*soothing introject*” (introyecto calmante) en momentos de angustia a causa de las experiencias tempranas de apego inconsistentes e inestables o, en términos de Bowlby, debido al apego inseguro. Gunderson ha observado que la descripción de determinadas conductas que aparecen en patrones de apego inseguro, específicamente, las peticiones de atención y de ayuda, apegarse, y la búsqueda de proximidad que a menudo se alterna con una negación de, y un temor acerca de, las necesidades de dependencia, son paralelas al comportamiento observado de los pacientes límite. Siguiendo el mismo argumento, añadir que Lyons-Ruth et al., (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) al comparar teorías de relaciones objetales y apego, han argumentado que el apego inseguro desorganizado en la infancia representa un patrón de desarrollo anormal que, cuando está presente, puede ser un factor de riesgo identificable para el posterior desarrollo del TLP.

Para finalizar realizaremos un breve apunte acerca del Modelo de Mentalización en el TLP y su relación con el apego. Tal y cómo ya desarrollamos cuando hablamos del Modelo de la Mentalización para el TLP (ver punto 1.6.d.) es fundamental el papel que juegan las relaciones de apego en el desarrollo de la capacidad de mentalización. Así, cuando el mecanismo de especularización falla, y se dan condiciones socioambientales complejas, se interrumpe la formación de la confianza epistémica, a la vez que se dificulta el desarrollo de las habilidades de mentalización. Por lo tanto, las interrupciones de las

experiencias tempranas de apego pueden generar déficits en la adquisición de la capacidad de mentalización y aumentar la vulnerabilidad a desarrollar TLP (Fonagy & Luyten, 2009).

Una vez revisados el concepto de apego, sus tipos y relación con el TLP, consideramos relevante desarrollar algunas ideas clave acerca del maltrato en la infancia. Esto es porque, como veremos a continuación, el maltrato en la infancia se relaciona fuertemente con problemas en el apego y, ambos, se relacionan con sintomatología límite.

5. Maltrato en la infancia

5.1. Concepto y definición

Abordar el concepto de malos tratos en la infancia supone acercarnos a una realidad extremadamente compleja, por sí misma y por el gran número de enfoques con los que se ha investigado este tema. Existen múltiples modos de comprenderlos, definirlos, identificarlos, tratarlos, etc., incluso se ha observado que los propios profesionales utilizamos diferentes criterios para ello (Manly, 2005). Para poder comprender esta complejidad y ver cómo ha ido evolucionando el trato que recibe el menor, realizaremos una breve revisión histórica del concepto.

Si nos remontamos a la época romana el propietario de los hijos era el *Pater Familiae* quien, como tal, podía decidir sobre su destino (podía venderlos, abandonarlos, sacrificarlos, etc.). También, hasta hace relativamente pocos años, se aceptaba el hecho de agredirles con tal de enseñarles disciplina (Corral, Frías, Romero, & Muñoz, 1995; Loredó, Trejo, García, Portillo, & Ortiz, 2011). No es hasta finales del siglo XIX cuando los menores que sufrían maltrato comenzaron a recibir atención médica y jurídica.

A principios del siglo XX se reconocen por primera vez los derechos de la infancia. A lo largo de este siglo también se fundamenta en la legislación la defensa del niño, en la declaración de Ginebra de 1924.

En la década de los 60 se conforma el concepto de maltrato en la infancia tal y como se entiende hoy en día, gracias a la declaración de las Naciones Unidas en 1959. Consideramos importante resaltar el trabajo de Kempe et al., (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller, & Silver, 1962), quienes en 1962 describieron el “Síndrome del Niño Maltratado” para aquellos niños que habían sido agredidos por sus propios padres o

cuidadores. Es destacable porque fue un momento clave para aumentar el interés por investigar el fenómeno del maltrato en la infancia.

Así vemos como, históricamente, el maltrato se enfocaba, en gran parte, hacia el maltrato físico. Por lo que predominaban criterios médicos, palpables u observables para verificar la existencia del mismo.

El interés por proteger al menor de situaciones de maltrato fue aumentando. Así, durante la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño de 1989, se solicitó a los estados miembros adoptar todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas para proteger al menor. Se pidió que se le protegiera de todas las formas de violencia física o mental, lesiones o abuso, negligencia o tratamiento negligente, maltrato o explotación, incluido el abuso sexual, mientras estén bajo el cuidado de los padres o tutores legales o cualquier otra persona que tenga el cuidado del niño. Esta convención fue ratificada por España en 1990 (Morales, Zunzunegui Pastor, & Martinez Salceda, 1997).

Desde nuestro país, en el año 2001, se creó una guía para unificar los criterios acerca del maltrato en la infancia. Esta guía ha sido realizada por el “Grupo de Trabajo sobre el maltrato infantil del Observatorio de la Infancia”(Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). El objetivo de la Guía es realizar una propuesta para unificar criterios generales acerca del concepto de maltrato infantil, los tipos que hay, y cómo prevenir, detectar e intervenir sobre él. Realizan una definición de consenso acerca del maltrato, que es la que utilizaremos como referencia. Lo definen como la acción, omisión o trato negligente, no accidental, que priva al niño de sus derechos y su bienestar, que amenaza y/o interfiere en su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad. Destaca lo que se hace (acción),

lo que no se hace (omisión) y/o lo que se realiza de manera inadecuada (negligencia). Esto ocasiona al niño daño físico, psicológico y/o social. A la vez, hace referencia al hecho de privarle de sus derechos y su bienestar como niño. Finalmente señalar que puede ser causado a partir de personas (dentro o no del ámbito familiar), las instituciones o bien la propia sociedad en general.

5.2. Clasificación. Tipos de Maltrato en la Infancia

Tal y como ya hemos señalado en el punto anterior, el maltrato constituye una entidad difícil de definir y esta definición cambia en las diferentes investigaciones. Es inevitable, por lo tanto, que aparezcan también diferencias a la hora de clasificar los tipos de maltrato. Algunos ejemplos serían la propuesta realizada por Fernández del Valle y Bravo (Fernández del Valle & Bravo A., 2002) quienes proponen ocho categorías de maltrato en la infancia: abuso físico, psicológico y sexual, negligencia física y psicológica, explotación sexual, explotación laboral e inducción a la delincuencia. A diferencia de Anglès y Barroso (Anglès i Prats & Barroso, A., 1991) quienes proponen diez tipos: abuso físico, emocional y sexual, negligencia, explotación sexual, explotación laboral, corrupción, uso forzado de drogas, síndrome de Münchaussen por poderes, abuso prenatal y abuso institucional.

El hecho de tomar en cuenta una clasificación de los tipos de maltrato en la infancia nos ayuda a poder identificar el problema más relevante que afecta al menor en ese momento (Hernández Fernández, 2013). Sin embargo, es importante tener en cuenta la interrelación entre los diferentes tipos de maltrato y la alta probabilidad de que el menor afectado por maltrato sea por más de uno.

En esta tesis, nos centraremos en la descripción de cinco tipos de maltrato. Tomando como referencia las aportaciones de la Guía realizada en nuestro país por el

Observatorio de la Infancia (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) y las de la Guía Inglesa (HM Government, 2018) presentamos en la tabla 16.

Tabla 16. Clasificación del Maltrato Infantil

GUÍA ESPAÑOLA	GUIA INGLESA
<p>Abuso Físico</p> <p>Cualquier acto, no accidental, que provoque daño físico o enfermedad en el niño o le coloquen en situación de grave riesgo de padecerlo.</p> <p>Formas: lesiones cutáneas (equimosis, heridas, hematomas, escoriaciones, escaldaduras, quemaduras, mordeduras, alopecia traumática), fracturas, zarandeado asfixia mecánica, arrancamientos, intoxicaciones, síndrome de Münchausen por poderes.</p>	<p>Abuso Físico</p> <p>Una forma de abuso que puede implicar golpear, sacudir, arrojar, envenenar, quemar o escaldar, ahogar, asfixiar o causar daño físico a un niño. El daño físico también puede ser causado cuando un padre o cuidador inventa los síntomas o induce deliberadamente una enfermedad en un menor.</p>
<p>Abuso Emocional</p> <p>Acción capaz de originar cuadros psicológico-psiquiátricos por afectar a sus necesidades según los diferentes estados evolutivos y características del niño.</p> <p>Formas: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar, corromper o implicar a un niño en actividades antisociales</p>	<p>Abuso Emocional</p> <p>Puede implicar transmitirle a un niño que no vale nada o que no es querido, niños que son valorados solo en la medida en que satisfagan las necesidades de otra persona. Puede incluir no darle al niño oportunidades para expresar sus puntos de vista, silenciarlos deliberadamente o "burlarse" de lo que dice o cómo lo dice. Se le pueden imponer al niño expectativas inapropiadas para su edad o momento de desarrollo. Estas pueden incluir interacciones que van más allá de la capacidad de desarrollo del niño, así como sobreprotección y limitación de la exploración y el aprendizaje, o evitar que el niño participe en una interacción social normal. Puede implicar ver o escuchar el maltrato de otro. Puede implicar acoso grave (incluido el acoso cibernético), lo que hace que los niños con frecuencia se sientan asustados o en peligro, o la explotación o corrupción de los niños. Se observa en un gran número de casos algún nivel de abuso emocional en todos los tipos de maltrato, aunque a veces puede ocurrir solo.</p>

(continúa en la página siguiente)

Negligencia Física

Desatender las necesidades del niño y los deberes de guarda y protección o cuidado inadecuado del niño.

Formas: desatención, abandono, retraso crecimiento no orgánico, «Niños de la calle», constantemente sucio, problemas físicos o necesidades médicas no atendidas o ausencia de los cuidados médicos rutinarios (vacunaciones).

Negligencia Emocional

Omisión en la atención a las necesidades emocionales del niño

Formas: privación afectiva, no atender las necesidades afectivas del niño (cariño, estabilidad, seguridad, estimulación, apoyo, protección, rol en la familia, autoestima, etc.), abuso pedagógico.

Abuso Sexual:

Implicación de niños en actividades sexuales, para satisfacer las necesidades de un adulto.

Formas:

- Con contacto físico: violación, incesto, pornografía, prostitución infantil, sodomía, tocamientos, estimulación sexual.
- Sin contacto físico: solicitud indecente a un niño o seducción verbal explícita, realización acto sexual o masturbación en presencia de un niño, exposición de los órganos sexuales a un niño, promover la prostitución infantil, pornografía

Negligencia Física y Emocional

La falta persistente de satisfacer las necesidades físicas y / o psicológicas básicas de un niño, puede resultar en un deterioro grave de la salud o el desarrollo del niño.

La negligencia puede ocurrir durante el embarazo como resultado del abuso de sustancias maternas.

Una vez que nace el niño, la negligencia puede implicar que un padre o cuidador no:

- a. proporcione alimentos, ropa y refugio adecuados (incluida la exclusión del hogar o el abandono).
- b. proteja a un niño del daño o peligro físico y emocional.
- c. asegure una supervisión adecuada (incluido el uso de cuidadores inadecuados).
- d. garantice el acceso a atención o tratamiento médico adecuado.

También puede incluir el descuido o la falta de respuesta a las necesidades emocionales básicas de un niño.

Abuso Sexual:

Implica forzar o atraer a un menor para que participe en actividades sexuales, sea o no consciente de lo que está sucediendo, lo que no implica necesariamente un alto nivel de violencia.

Las actividades pueden involucrar contacto físico, incluyendo asalto por penetración (por ejemplo, violación o sexo oral) o actos no penetrantes como masturbación, besos, frotamientos y toques fuera de la ropa. También pueden incluir actividades sin contacto, como involucrar a los niños en la observación o la producción de imágenes sexuales, observar actividades sexuales, alentar a los niños a comportarse de manera sexualmente inapropiada o preparar a un niño para el abuso online y que la tecnología se utilice para facilitar el abuso fuera de línea.

El abuso sexual no es perpetrado únicamente por hombres adultos. Las mujeres también

(continúa en la página siguiente)

pueden cometer actos de abuso sexual, al igual que otros niños.

Incluye: la explotación sexual infantil. Ocurre cuando un individuo o grupo aprovecha la desigualdad de poder para coaccionar, manipular o engañar a un menor de 18 años a la actividad sexual (a) a cambio de algo que la víctima necesita o quiere y/o (b) para que el autor o facilitador gane dinero o aumente de estatus. La víctima puede haber sido explotada sexualmente incluso si la actividad sexual parece consensuada. La explotación sexual infantil no siempre implica contacto físico, también puede ocurrir mediante el uso de la tecnología.

Fuente: *Guía Española* (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006); *Guía Inglesa* (HM Government, 2018).

5.3.Epidemiología en España

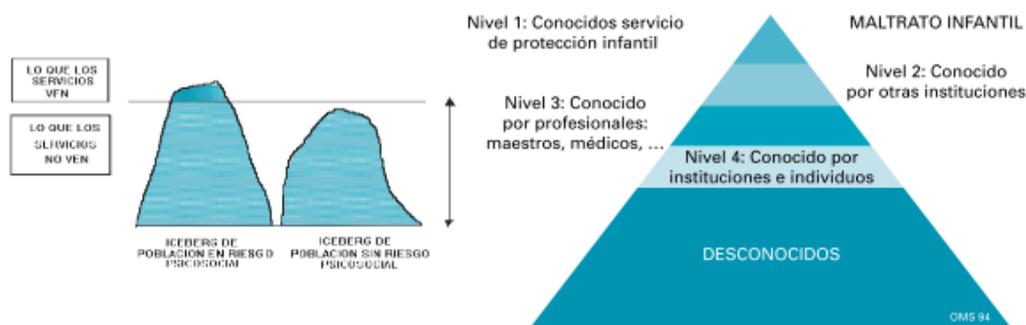
A la hora de desarrollar este punto, nos hemos encontrado con una gran dificultad que se deriva de la heterogeneidad de criterios que se han utilizado para recabar datos, tanto a nivel estatal como en el ámbito internacional. Podemos observar que existen modos muy diferentes de recoger la información (en el presente, prospectivamente, retrospectivamente, en diferentes contextos sociofamiliares, escolares, institucionales, etc.), también diferentes enfoques (psicológico, social, judicial, etc.) lo cual conlleva inevitablemente a resultados muy variados y diversos y que suponen una cierta dificultad a la hora de tomarlos como referentes y establecer conclusiones.

Un aspecto común que encontramos en los estudios publicados acerca del maltrato es la afirmación de que los datos acerca del maltrato, en la realidad, son un dato desconocido. Esto es causado porque gran parte de ellos no son detectados debido a la complejidad que suponen por varios motivos: desconocimiento del problema, por el hecho de que gran parte ocurren dentro del ámbito familiar, formación insuficiente de los profesionales o miedo a denunciar casos, etc. A la vez, esta confusión viene dada por la

alta frecuencia con la que aparece más de un tipo de maltrato en un solo menor (Edwards, Holden, Felitti, & Anda, 2003), y que tampoco existe una clasificación universal de los tipos de maltrato para todos los profesionales. Todo esto, condiciona el conocimiento del número real de casos.

Por lo tanto, la opinión unánime es que el número de casos de maltrato infantil es muy superior al registrado oficialmente, siendo la prevalencia real de este problema desconocida (Fernández Fernández, 2014; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). En relación con esto, es interesante la aportación que Morales et al., (Morales et al., 1997) realiza, defendiendo que la situación se asemeja a la de un *iceberg*, estimando que los casos detectados son únicamente una parte muy pequeña de los casos reales. Lo presentamos en la ilustración 1.

Ilustración 1. Modelo del Iceberg



Fuente: Guía del observatorio de la infancia del maltrato infantil en España (p.16)

En la guía del Observatorio de la infancia del maltrato infantil en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006), proponen hojas para registrar los casos de maltrato de una manera unificada. Así proponen como medida general proporcionar a la entidad responsable de protección infantil los datos disponibles sobre los casos de maltrato infantil desde todas las instancias, a través de la copia de la hoja de notificación, para construir el registro estadístico de casos de maltrato infantil (RUMI) en cada

Comunidad Autónoma. Este registro recogerá las estadísticas correspondientes a los casos de maltrato intrafamiliar o situaciones de desprotección.

Por lo tanto, en nuestro país, el registro unificado de casos comenzó a ser una realidad hace poco más de diez años y progresivamente, se está implementando en las diferentes comunidades autónomas. Sin embargo, actualmente todavía prevalecen los casos no registrados, y las estimaciones recogidas son aproximativas (Fernández Fernández, 2014).

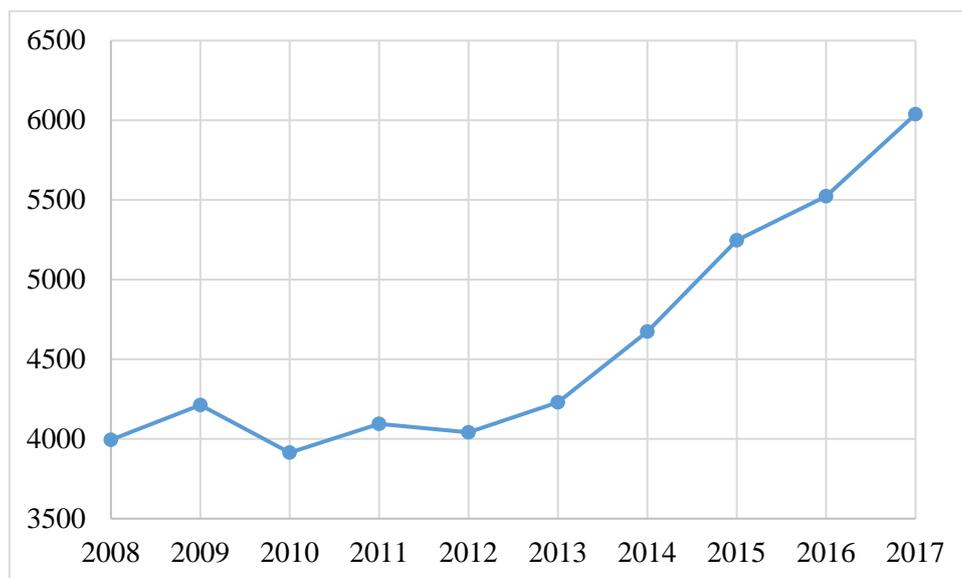
Los estudios que recogen datos sobre el maltrato en España estiman una prevalencia del maltrato en nuestro país que varía entre el 0,44 y el 18 por mil basándose en los datos recogidos o detectados por las autoridades (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Moreno Manso, 2004; Saldaña, Jiménez, & Oliva, 1995). Son datos recogidos hace casi 20 años. Por este motivo, hemos querido buscar información más actualizada y para ello hemos encontrado a través de recursos online datos españoles actualizados. Estos datos son recogidos a partir de la publicación de la Guía del Observatorio de la infancia del maltrato infantil en España. Así el Ministerio de Interior, a través de la web *infanciaendatos.es* presenta las siguientes estadísticas:

- En el gráfico 7 presentamos los datos referidos a la población menor de 18 años víctima de violencia familiar recogido en el periodo entre 2008 y 2017 en España. Observamos cómo el número de casos recogidos ha ido aumentando considerablemente los últimos años. Seguramente, suponemos, tiene que ver, entre otros, a una mayor sensibilización social respecto a este problema, por lo tanto, aumento del interés sobre el tema, la publicación de guías de consenso para el maltrato en la infancia (HM Government, 2018; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006) o la aparición de sistemas de recogida de datos como el

Registro *online* unificado sobre maltrato infantil (RUMI) en todo el territorio nacional.

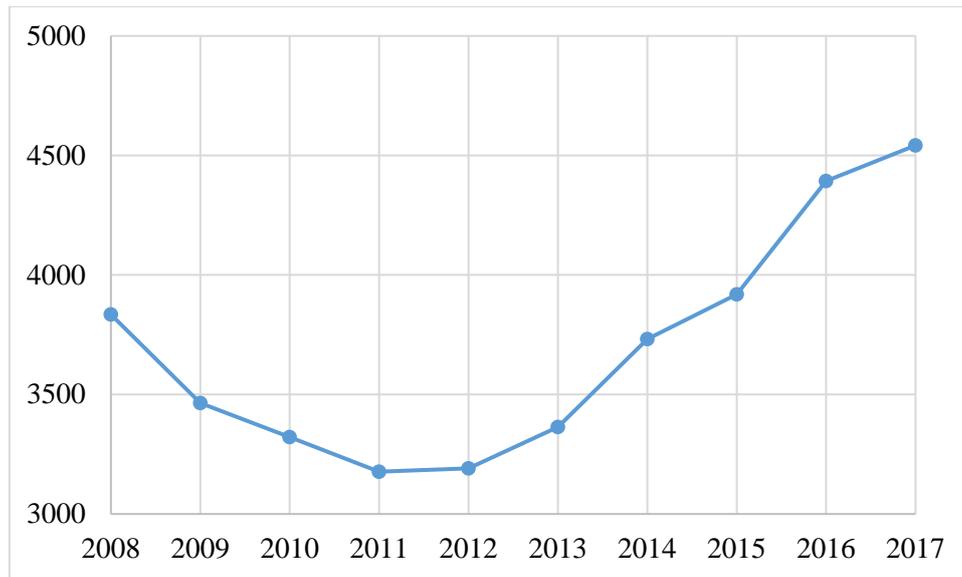
- En el gráfico 8, presentamos los datos referidos a la población menor de 18 años víctima de delitos contra la libertad e indemnidad sexual en el mismo periodo que el anterior. Observamos la misma tendencia creciente de casos detectados. En la diferenciación por sexos, señalan casi tres veces más casos detectados en mujeres que en hombres recogidos en el año 2017 (3550 niñas y 990 niños) tendencia ya reflejada en otros estudios acerca del abuso sexual realizados en nuestro país (Pereda & Forns, 2007).

Gráfico 7. Población menor de 18 años víctima de violencia familiar. Evolución total de casos por año



Fuente: Ministerio del Interior. Sistema estadístico de criminalidad

Gráfico 8. Población menor de 18 años víctima de delitos contra la libertad y la indemnidad sexual. Evolución total de casos por año.



Fuente: Ministerio del Interior. Sistema estadístico de criminalidad

A la vez, consideramos que puede resultar interesante informar, como podemos observar en la tabla 17, algunos datos obtenidos a través de estudios realizados en España y en Cataluña en particular, para determinar la frecuencia del maltrato según su tipología. Estos resultados están recogidos en la Guía del Observatorio de la infancia del maltrato infantil en España (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006). Así, se observa que la negligencia es la forma de maltrato más frecuente. A pesar de la dificultad que supone su detección e investigación empírica, la negligencia se considera actualmente como la de mayor prevalencia y con el pronóstico más desfavorable (Fernández Fernández, 2014)

Tabla 17. Porcentajes de detección de maltrato infantil por tipología e incidencia estimada en estudios realizados en España

Tipo	Catalunya		España
	1991	2000	1995
Negligencia	78,5%	50,4%	79,1%
Maltrato emocional	43,6%	26,5%	42,5%
Maltrato físico	27%	10,5%	30,1%

(continúa en la página siguiente)

Explotación laboral	9,3%	1,7%	4,2%
Mendicidad	--	--	9,3%
Corrupción	--	1,2%	4,2%
Abuso sexual	2,8%	6,6%	4,2%
Maltrato prenatal	3,1%	2,8%	5,0%
Tasa de incidencia	5%	5,6%	0,44%
Número de casos	7590	6524	8575
Número expedientes	--	--	32483

Fuente: Guía del Observatorio de la infancia del maltrato infantil en España

De estos estudios, y otros realizados en diferentes comunidades autónomas de nuestro país, se observa una importante dispersión en los resultados. A pesar de ello, podemos extraer las siguientes conclusiones basándonos en las investigaciones revisadas (Arruabarrena & De Paúl, 1999; Fernández Fernández, 2014; Hernández Fernández, 2013; Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 2006; Morales et al., 1997; Organización Mundial de la Salud, 2014; Saldaña et al., 1995; Torío & Peña, 2006):

- Mayor frecuencia entre los chicos que entre las chicas. Excepto en abuso sexual que los estudios señalan mayor frecuencia en mujeres.
- Alta probabilidad de sufrir más de un tipo de maltrato.
- El tipo de maltrato en la infancia más frecuente es la negligencia.
- Una cuarta parte de la población adulta ha sufrido algún tipo de maltrato en su infancia.
- Puede aparecer en cualquier franja de edad.
- En todos los casos hay numerosos factores de riesgo: escasos recursos de apoyo, prematuridad del menor, enfermar de manera constante, hiperactividad. También, situaciones sociofamiliares complejas como desempleo, desestructuración

familiar, ambientes carentes de afecto, problemas con tóxicos o vivienda inadecuada.

- Necesidad de reforzar la compilación de datos para revelar el verdadero alcance del problema. Y de elaborar planes de acción nacionales amplios y basados en datos.

5.4.Maltrato y apego

Como ya hemos explicado el apego es el vínculo emocional que desarrolla el niño con sus padres y que le proporciona la seguridad emocional indispensable para un buen desarrollo de la personalidad y, por lo tanto, de un adecuado funcionamiento psicosocial tanto durante su infancia como en la adultez. Hay diferentes tipos de apego en función de la calidad de esta relación (ver punto 4.2. de clasificación apego). A grandes rasgos, recordemos que el estilo de apego inseguro suele asociarse a vivencias tempranas adversas, esto es, una figura de apego poco accesible, incoherente y/o con poca capacidad de dar respuesta a las necesidades del menor. Estas vivencias tempranas adversas suelen ser en forma de maltrato. Así, el maltrato en la infancia interrumpe el apego seguro y esto exagera aún más los efectos del maltrato en el menor (Hernández Fernández, 2013; Higgins & McCabe, 2000).

Siguiendo con la misma idea, podemos afirmar que las conductas de maltrato son probablemente algunas de las conductas más aterradoras a las que un niño o niña puede estar expuesto. Se observan graves disfunciones en la relación padre/madre-hijo en las familias que maltratan: padres que amenazan, castigan o coartan de manera inconsistente o madres intrusivas, controladoras, con incapacidad para poner límites, entre otros (Chilamkurti & Milner, 1993; Lamb, Gaensbauer, Malkin, & Schultz, 1985) Así, siguiendo a Lyons-Ruth (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 1999) los maltratadores no solo son

insensibles, y no regulan ni amortiguan la experiencia de angustia de sus hijos, sino que también activan los sistemas de miedo y apego de sus hijos al mismo tiempo. La experiencia resultante sin derecho a solución es característica de los niños maltratados, y es probablemente el proceso más destacado a través del cual los niños maltratados desarrollan un estilo de apego desorganizado. Según los datos publicados por Morton y Browne en su estudio de revisión (Morton & Browne, 1998) el 82% de los niños y niñas maltratados fueron clasificados como desorganizados, 4% como inseguros y 14% como seguros.

Vemos entonces como la seguridad vincular viene interrumpida porque los menores maltratados tienden a incorporar un modelo negativo de representación interna de las figuras de apego, percibiéndolos como no responsivos, indisponibles y rechazadores. Esto suele afectar el desarrollo del sentido del sí mismo viviéndose como indignos e incapaces de obtener la atención y el cuidado apropiado de la figura de apego (Morton & Browne, 1998). A la vez, afecta a las relaciones con otros, genera inestabilidad emocional, afectación del estado de ánimo, escasa socialización y déficit en sus habilidades sociales (Cicchetti, Rogosch, Maughan, Toth, & Bruce, 2003; Sharp et al., 2016).

A pesar de lo descrito, consideramos importante finalizar este punto destacando la variedad de realidades con las que nos podemos encontrar tanto en el ámbito clínico, como médico y/o escolar cuando trabajamos con menores maltratados. Así, hay numerosa evidencia que demuestra que menores expuestos a este tipo de experiencias, desarrollan, sin embargo, un adecuado desarrollo de su personalidad. Por lo tanto, son niños (y adultos) que logran adaptarse adecuadamente a los diferentes contextos interpersonales, desarrollan óptimas relaciones interpersonales y afrontan con buen pronóstico las situaciones estresantes (Morelato, 2011). Este fenómeno viene ampliamente explicado

por la capacidad de resiliencia del menor. La resiliencia es un proceso dinámico biopsicosocial que se construye a lo largo del desarrollo del menor a partir de las interacciones entre el menor y el ambiente familiar, social y cultural en el que se desarrolla, que le permite desarrollar factores protectores ante factores de riesgo y le permiten salir fortalecido de la adversidad (Cyrulnik, 2009). Luthar et al., (Luthar, Cicchetti, & Becker, 2000, p.2) definen la resiliencia del siguiente modo:

(...) proceso dinámico de adaptación a un contexto de adversidad significativa, que debe cumplir dos condiciones críticas: 1) la exposición a una amenaza significativa o adversidad severa y 2) el logro de una adaptación positiva en el proceso de desarrollo.

5.5. Maltrato en la infancia y psicopatología

Los efectos que generan en el ajuste psicológico de la persona afectada por maltrato en su infancia han sido ampliamente investigados (Fernández Fernández, 2014; Hernandez, Arntz, Gaviria, Labad, & Gutiérrez-Zotes, 2012; Hernández Fernández, 2013; Kulkarni, 2010). En todas y cada una de las investigaciones revisadas, se pone de manifiesto que la presencia de maltrato en la infancia, deja múltiples secuelas en la vida del sujeto a corto y a medio y largo plazo. Algunas de las más frecuentes son las que aparecen a continuación:

- *Problemas interpersonales*: la experiencia de maltrato infantil crónico se asocia con problemas interpersonales como desconfianza y suspicacia, evitación de las relaciones íntimas y de las relaciones sociales y sesgos en el procesamiento de la información (Cole & Putnam, 1992).
- *Disfunciones en la cognición social*: el maltrato infantil tiene un impacto negativo en diferentes aspectos de la CS en individuos no clínicos (Smith y Walden, 1999;

Cicchetti et al., 2003; Pears y Fisher, 2005) y en pacientes afectados de algún trastorno mental (tal y cómo hemos visto en el punto 3.3. del trabajo)

- *Desajustes emocionales*: los niños maltratados presentan mayor tendencia a sufrir disregulación emocional, labilidad emocional e incapacidad para adaptar su activación emocional. Esta disregulación emocional, a la vez, se correlaciona con conductas disruptivas como iniciar peleas (Cicchetti & Lynch, 1993; Kulkarni, 2010; Morelato, 2011)
- *Problemas externalizantes*: los adolescentes con historia de maltrato tienden a mostrar mayores absentismos escolares, fugas o peleas físicas, así como comportamientos sexuales de riesgo. Mayor frecuencia de tentativas suicidas.
- *Problemas internalizantes*: se observa mayor tendencia a la depresión y las autoagresiones (ideación suicida), pensamientos negativos.

Respecto al tipo concreto de maltrato, las consecuencias son muy parecidas:

- *Abuso sexual*: se ha encontrado que es un fuerte predictor de suicidio, incluido pensamiento suicida, planificación e intentos de suicidios o autoagresiones por parte de adolescentes de ambos sexos (Fernández Fernández, 2014). A la vez, se asocia con trastornos del estado de ánimo, ansiedad y problemas con tóxicos (Molnar, Buka, & Kessler, 2001).
- *Abuso sexual y físico*: están altamente asociados con sintomatología postraumática y secuelas psicológicas (Briere & Elliott, 2003; Hernández Fernández, 2013)

- *Abuso emocional*: solo o en combinación con otros tipos de maltrato, genera problemas de ansiedad y/o depresión (Berzenski & Yates, 2011).
- *Abuso físico y emocional*: se relaciona, entre otros, con problemas conductuales como abuso de sustancias o conductas sexuales de riesgo (Berzenski & Yates, 2011).
- *Negligencia*: la negligencia es un factor de riesgo para desarrollar sintomatología postraumática, trastorno depresivo, distimia, conductas suicidas, síntomas disruptivos, abuso de drogas y desórdenes de personalidad del clúster B (Van der Vegt et al., 2009; Hernández Fernández, 2013).

En general, se observa una fuerte relación entre sufrir varios tipos de malos tratos en la infancia y una mayor complejidad de síntomas y desajustes psicológicos en la adultez. A la vez, se observa una mayor probabilidad de desarrollar sintomatología postraumática o trastorno por estrés postraumático (Clemmons, Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2007; Higgins & McCabe, 2000; Price-Robertson, Higgins, & Vassallo, 2013).

5.6. Maltrato y TLP

Desde la teoría del apego hemos explicado que este sirve como base para formar un modelo interno de relaciones y de representación de uno mismo que guía nuestro comportamiento en las futuras relaciones interpersonales (Levy, 2005). Ya hemos revisado, también, la importancia que tienen los problemas de apego temprano para el posterior desarrollo del TLP (ver punto 4.3.). A la vez, hemos desarrollado la idea de que sufrir maltrato en la infancia es un factor de riesgo para la formación de un apego inseguro (Cicchetti, 1991).

Recordemos, así mismo, que tanto el maltrato como el TLP están asociados, en gran parte, con el estilo de apego desorganizado (Hecht, Cicchetti, Rogosch, & Crick, 2014; Levy et al., 2011). Este estilo de apego, se asocia en la adultez a un estilo de apego no resuelto, que caracteriza a la mayor parte de los pacientes adultos que sufren TLP. Se caracteriza por señales contradictorias repetidas y patrones de cuidado inconsistentes, los cuales conducen a un colapso en las estrategias de regulación de la angustia en la infancia y una conceptualización de la relación de apego y del yo que está fragmentado y que es incoherente (Hesse & Main, 2000). Así, a nivel relacional, este estilo implica un acercamiento contradictorio a los cuidadores, con respuestas incoherentes, de evitación-aproximación, que recuerdan al estilo relacional típico del paciente límite.

En los diferentes estudios e investigaciones que existen en el ámbito de la psicopatología, se pone de manifiesto la estrecha relación que existe entre el hecho de haber sufrido adversidad en la infancia y el posterior desarrollo de algún trastorno de la personalidad (Belsky et al., 2012). Así mismo, nos encontramos con numerosos trabajos que vinculan las experiencias traumáticas y la adversidad durante la infancia con el desarrollo de un TLP y/o rasgos límite de la personalidad (Allen, Cramer, Harris, & Rufino, 2013; Bateman & Fonagy, 2016; Lorenzini et al., 2013; Pietrek, Elbert, Weierstall, Müller, & Rockstroh, 2013). Laporte y Guttman (Laporte & Guttman, 1996) revisaron 751 registros psiquiátricos de mujeres diagnosticadas con trastornos de la personalidad y encontraron que el 93% con TLP había experimentado al menos un tipo de pérdida o abuso en la infancia, en comparación con el 74% de los pacientes con otros trastornos de la personalidad. Los datos más actualizados que hemos encontrado son los reflejados en el estudio de revisión de Ibrahim del año 2018 (Ibrahim, Cosgrave, & Woolgar, 2018) donde se muestra que hasta un 71% de los individuos diagnosticados de TLP presentan historia severa de maltrato en su infancia.

Otros estudios concluyen que el hecho de haber sufrido maltrato en la infancia predice síntomas de TLP independientemente del ambiente familiar o la psicopatología parental (Bradley, Jenei, & Westen, 2005). Por lo tanto, el trauma infantil permanece en primer plano a la hora de establecer las causas del TLP debido a su importancia como posible factor etiológico del TLP o por el papel tan relevante que desempeña en su desarrollo (Ball & Links, 2009) (idea fundamentada en los modelos teóricos sobre el TLP, punto 1.6.)

Tal y como ya hemos descrito en el punto anterior (punto 5.5.) la literatura destaca similitudes entre síntomas particulares de niños que han sido maltratados y adultos con TLP: dificultades relacionales (Cole & Putnam, 1992), disregulación emocional (Cicchetti & Lynch, 1993; Kulkarni, 2010; Morelato, 2011), representación de sí mismo negativa (Rogosch & Cicchetti, 2005), mayor probabilidad de autoagresiones, ideación o comportamiento suicida (Fernández Fernández, 2014), de trastornos del estado de ánimo, problemas con tóxicos (Molnar et al., 2001) o sintomatología postraumática (Briere & Elliott, 2003; Hernández Fernández, 2013) entre otros. Las similitudes observadas entre las características de las personas con TLP en la adultez y el patrón de déficit asociado con el maltrato en la infancia, sugieren una posible vía por la cual se desarrolla el TLP.

En el estudio de revisión de Ibrahim (Ibrahim et al., 2018) encontramos los siguientes resultados. En general, quedó reflejado, una vez más, que a pesar de la variedad de metodologías utilizadas, todos los tipos de abuso y negligencia estaban significativamente asociados con las características límite o con el TLP. En concreto, los estudios revisados mostraron una relación entre desarrollar un TLP o características límites en los siguientes casos:

- En un 71% de niños que habían sufrido abuso físico (Belsky et al., 2012; Goldman, D'Angelo, DeMaso, & Mezzacappa, 1992; Guzder, Paris, Zelkowitz, & Feldman, 1999; Hecht et al., 2014; Winsper, Zanarini, & Wolke, 2012).
- En un 50% de los que habían sufrido abuso sexual (Guzder et al., 1999; Guzder, Paris, Zelkowitz, & Marchessault, 1996).
- En un 50% de los que habían vivenciado abuso emocional (Belsky et al., 2012; Gratz, Lutzman, Tull, Reynolds, & Lejuez, 2011; Winsper et al., 2012).
- En un 75% de los que sufrieron negligencia (física y/o emocional) (Guzder et al., 1999, 1996; Hecht et al., 2014)
- En aquellos menores que habían sufrido más de un tipo de maltrato y/o con mayor frecuencia, se observó un aumento en la probabilidad de desarrollar un TLP o características límite (Guzder et al., 1996; Hecht et al., 2014).)

Estos resultados se suman a la literatura existente consultada. Por ejemplo, en un estudio de Zanarini et al., de gran repercusión realizado en el año 97 (Zanarini et al., 1997), en el que estudiaron las experiencias adversas en la infancia asociadas al desarrollo del TLP utilizando una muestra de más de 300 pacientes límites, encontraron los siguientes resultados:

- El 91% de los pacientes informaron de algún tipo de abuso en la infancia, concretamente:
 - o El 75% informó de abuso emocional: por ej., experiencias frecuentes de ser humillado o avergonzado, sentirse frustrado por recibir mensajes contradictorios o ser puesto en situaciones imposibles.

- El 60% reveló historia de abuso físico o sexual.
- Los pacientes que informaron de abuso sexual fueron significativamente más propensos a reportar haber sufrido abuso emocional, verbal y físico. A la vez, también lo eran de haber vivido negligencia emocional y física. Así, el abuso sexual parece ocurrir en un contexto de múltiples malos tratos y, por lo tanto, representa un marcador de la gravedad de disfunción familiar experimentada por el paciente límite.
- El 92% informaron de algún tipo de negligencia en la infancia, concretamente:
 - El 70% informaron que un cuidador negó sus pensamientos o sentimientos e informaron que carecían de una relación emocional real con uno o más cuidadores.
 - Alrededor de un 60% informó que a menudo se colocaban en la posición de padre, donde sentían la necesidad de cuidar a uno de sus cuidadores u otros miembros de la familia.
 - Aproximadamente la mitad informó que un cuidador se retiró emocionalmente de ellos, tratándolos de manera inconsistente y no proporcionándoles la protección necesaria.
 - Una cuarta parte informó haber sido descuidado físicamente durante la infancia.

Así, el maltrato en la infancia, en general, es un factor de riesgo para el desarrollo de características límite o TLP a lo largo del ciclo vital. Este riesgo se ve considerablemente aumentado cuando el abuso es más severo (múltiples tipos de abuso

durante múltiples periodos de tiempo). Esto ha sido observado en otros estudios tanto en adolescentes (Sharp & Fonagy, 2015) como en adultos (Sansone, Songer, & Miller, 2005; Zanarini et al., 1997).

II. ESTUDIO CLÍNICO

6. Justificación del estudio

Los pacientes que presentan TLP se considera que están afectados por una heterogénea constelación de síntomas caracterizados por severos y persistentes problemas en los dominios afectivos, cognitivos, impulsivos e interpersonales (Bateman & Fonagy, 2016; Gunderson et al., 2011; Linehan, 1993; Skodol et al., 2002). Tal es la heterogeneidad de la sintomatología que sufren los pacientes con TLP que, siguiendo los criterios categoriales diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2014), se pueden realizar un total de 256 agrupaciones diferentes de criterios para establecer el mismo diagnóstico (Gunderson, 2010). Esta diversidad implica mayor complejidad tanto a la hora de comprender el propio trastorno, como a la hora de intervenir en él. Sin embargo, a pesar de la alta complejidad que presentan los pacientes que sufren TLP, el TLP es un trastorno que ha despertado mucho interés a lo largo de la historia. En los últimos 15 años son más de 8000 los estudios publicados acerca del TLP observándose un aumento considerable de publicaciones año tras año. No obstante hay que decir que no ocurre lo mismo, cuando nos referimos a estudios que se hayan ocupado en profundidad en analizar la CS y que, para ello, hayan utilizado instrumentos de alta validez ecológica como es el caso de la escala MASC que hemos utilizado en nuestro estudio.

Fue la propia complejidad que presentan los pacientes con TLP, y su enorme variabilidad, así como, el interés por proponer un nuevo diseño, lo que generó nuestra motivación para llevar a cabo esta investigación. Concretamente, queríamos estudiar si la afectación de diferentes dominios en el TLP o la presencia de determinada psicopatología o las experiencias de maltrato en la infancia, podían influir (o no) de manera diferencial en el desarrollo de las habilidades de CS.

Las principales teorías del TLP proponen que, además de los factores biológicos y/o heredados, los factores estresantes durante la infancia influyen notablemente en el posterior desarrollo global de la persona, y aumentan la vulnerabilidad de desarrollar un TLP. Así, siguiendo los modelos teóricos estudiados:

- Según O. Kernberg (Kernberg, 1993) la consecuencia de frustraciones continuas y excesivas durante la infancia influyen en el desarrollo de una agresividad excesiva en el infante generando mecanismo de escisión y disociación que pueden estar en la base de las alteraciones identitarias, interpersonales, emocionales y conductuales.
- Según el modelo de Linehan (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993), a pesar de la conocida importancia que le dan a la reactividad emocional en el sujeto pre-límite, consideran que las transacciones continuas entre niño, cuidador y contexto ambiental son la base sobre la que puede desarrollarse un TLP. Así, según este modelo, la vulnerabilidad temprana interactúa con la historia de aprendizaje a través de mecanismos de socialización disfuncionales en el contexto familiar, para dar forma y mantener aspectos emocionales, conductuales, interpersonales y cognitivos, que culminan en el complejo TLP.
- El modelo de Hipersensibilidad Interpersonal de Gunderson et al., (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008) propone que el niño predispuesto al TLP presenta una hipersensibilidad a los factores estresantes interpersonales. Esta hipersensibilidad tiene que ver con aspectos relacionales (miedo al abandono, sensibilidad al rechazo e intolerancia a la soledad) y si se alimenta de condiciones ambientales complejas, pueden facilitar el camino hacia el desarrollo de un TLP.

- Finalmente, el modelo de la mentalización de Bateman y Fonagy (Bateman & Fonagy, 2016) considera que la mentalización (esto es, la CS) es un determinante clave de la organización del *self* y la regulación de los afectos. Y pone en la base del aprendizaje de estas habilidades, además de factores biológicos, las condiciones de crianza y los estilos de apego con el cuidador.

Lo que vemos en los modelos estudiados es que un número importante de los síntomas del TLP se manifiestan en el contexto interpersonal. Concretamente, influyen notablemente los estresores tempranos y las primeras experiencias de cuidado en el desarrollo posterior del niño. Por este motivo, entre otros, hemos considerado relevante en nuestro estudio revisar los principales modelos para el TLP (Gunderson et al., 2018) y comprobar que todos consideran que un aspecto necesario para desarrollar TLP son los factores mencionados. A la vez, esto ha despertado nuestro interés por investigar con más detalle el funcionamiento del apego en el TLP (Agrawal et al., 2004) y la relación entre el desarrollo del TLP y las experiencias de maltrato (Fonagy & Bateman, 2016; Lorenzini et al., 2013).

Todo esto, junto con el estudio que hemos realizado sobre la CS, ha sido la base necesaria para poder desarrollar nuestra investigación y comprobar la importancia de profundizar en el funcionamiento de la CS en los sujetos con TLP. Esta importancia viene dada porque en la base de la CS está el intercambio de señales entre dos o más sujetos, y este intercambio continuo contribuye al estilo de apego que se va construyendo y, a la vez, sobre el manejo emocional, interpersonal y conductual de la persona. Así pues, consideramos que la CS influirá de manera notable en la globalidad de la sintomatología límite, a la vez que estará influida por los factores aquí estudiados: maltrato, psicopatología y sintomatología límite.

A todo lo expuesto más arriba, le tenemos que añadir las numerosas inconsistencias halladas a la hora de estudiar la CS en el TLP. Gran parte de ello es debido a la variedad de instrumentos utilizados para evaluar la CS, muchos alejados de situaciones de la vida real (Roepke et al., 2012). Son instrumentos con escasa validez ecológica y, por lo tanto, que evalúan de manera poco realista las habilidades de CS.

Ante esta evidencia, nos pareció sumamente interesante investigar la CS en los sujetos con TLP con un instrumento que presenta situaciones cercanas a la vida real, la MASC (Dziobek et al., 2006). Entre las tareas experimentales disponibles para evaluar la CS, la MASC se asemeja a las demandas de la CS de la vida cotidiana y actualmente se considera uno de los procedimientos más precisos para evaluar las habilidades de CS (Luyten, van Houdenhove, Lemma, Target, & Fonagy, 2012).

A pesar de que, como ya hemos visto, ya hay autores que se han interesado en estudiar la CS con la MASC en muestras con TLP [por ej., (Fossati et al., 2017; Goueli et al., 2019; Preißler et al., 2010; Sharp et al., 2013)], nuestro estudio aporta las siguientes novedades:

1. El uso de toda la amplitud de categorías de registros de la CS que facilita la MASC (punto 3.) y ver cómo se relacionan estas áreas con el TLP y su sintomatología asociada. Así, a diferencia de otros estudios, no nos hemos limitado a estudiar la atribución de emociones, intenciones o pensamientos (Preißler et al., 2010) o los errores en la mentalización (Andreou et al., 2015; Sharp et al., 2011) sino que hemos estudiado estas categorías junto con otras que han ido apareciendo en otros estudios e incluso otras que se encuentran en fase experimental (ver punto 3.1 para más detalle)

El hecho de querer incluir todas las categorías que nos facilita la MASC nos permitirá comprender con mayor exactitud el funcionamiento de la CS en las sujetos límite y ver cómo pueden ir alterándose diferentes categorías (o permanecer determinadas alteraciones) en función de lo que estamos estudiando. Conocer más detalladamente las categorías afectadas es de utilidad, tanto a nivel de investigación como clínico, para poder realizar intervenciones más específicas en sujetos que presentan TLP y que tienen la CS alterada.

2. El estudio de cómo influye la afectación de las diferentes facetas del TLP (afectiva, cognitiva, impulsiva e interpersonal) en el funcionamiento de la CS. Hasta el momento, se desconoce la especificidad de esta relación. Así, nuestro objetivo fue examinar de manera más detallada cómo las diferentes facetas del TLP se relacionan con la CS de determinada manera.
3. Analizar cómo influye la psicopatología asociada al TLP en el funcionamiento de la CS y no únicamente el malestar psíquico global (Normann-Eide et al., 2020; Semerari et al., 2015) sino también alteraciones psicopatológicas específicas (por ej., sensibilidad interpersonal, ideación paranoide o psicoticismo).
4. Debido a la alta prevalencia de maltrato infantil en el TLP y la presencia de problemas de CS en estos sujetos, quisimos ampliar la información acerca de la influencia del maltrato en la infancia en las sujetos con TLP en el funcionamiento de la CS (Duque-Alarcón et al., 2019), teniendo en cuenta la amplitud de categorías que facilita la MASC.

Además de lo novedoso y no estudiado (o escasamente estudiado) en esta área, nos pareció muy importante poder comparar el funcionamiento de la CS de las mujeres con TLP con una muestra de mujeres sanas. Nos decantamos por estudiar a las mujeres con dicho diagnóstico ya que, tanto en mi experiencia clínica como a través de la información obtenida a través de la literatura científica, se ha comprobado que es un trastorno mucho más común en mujeres que en hombres (American Psychiatric Association, 2014; Zanarini, & Frankenburg, 2007). Este estudio comparativo inicial creemos que nos permitirá tener una base sobre el funcionamiento de la CS global de las mujeres que sufren TLP. A pesar de que ya ha sido realizado en otros estudios y, en gran parte de ellos, se ha observado que las muestra de mujeres con TLP presentan mayores déficit en su CS en comparación con mujeres sanas [por ej., (Goueli et al., 2019; Németh et al., 2018; Preißler et al., 2010)], consideramos fundamental empezar nuestro estudio en este punto y, además, ampliarlo gracias al estudio de todas las categorías que nos facilita la MASC. Esto, creemos, dotará de mayor riqueza los resultados obtenidos y facilitará una mayor y mejor comprensión del funcionamiento de la CS en la muestra límite.

7. Hipótesis y Objetivos

7.1.Hipótesis

- Hipótesis 1: Las mujeres con TLP presentan mayor número de errores en la CS en comparación con grupo control,
 - 1a. las mujeres con TLP tendrán peor CS y mayor hipermentalización y,
 - 1b. las mujeres con TLP presentarán mayores errores en la CS cuando se basen en claves externas y en emociones calientes.

- Hipótesis 2: La mayor severidad de la sintomatología límite global se asocia con peor funcionamiento de la CS, mayores errores por hipermentalización y mayores errores a la hora de atribuir EM a través de claves externas y emociones calientes.

- Hipótesis 3: Existe relación entre los síntomas del TLP y el funcionamiento de la CS,
 - 3a. las mujeres con TLP que presenten elevadas puntuaciones en el área afectiva cometerán mayores errores a la hora de atribuir EM en función de la emoción.
 - 3b. las mujeres con TLP que presenten elevada afectación de la cognición tendrán un peor funcionamiento de la CS, cometerán errores por hipermentalización y tendrán más afectadas las áreas que evalúan ToM desde el contenido cognitivo.

- Hipótesis 4: A mayor malestar psíquico global de la persona afectada de TLP mayor afectación de la CS y mayores errores por hipermentalización.

- Hipótesis 5: Las alteraciones psicopatológicas específicas en las mujeres con TLP se relacionan con las siguientes alteraciones de la CS:
 - 5a. la mayor afectación de la sensibilidad interpersonal generará mayores problemas en la CS, en forma de errores por hipermentalización.

5b. la mayor presencia de sintomatología cognitiva (paranoia y psicoticismo) generará mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas cognitivas.

5c. la mayor presencia de sintomatología en forma de ansiedad-depresión (obsesión-compulsión, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) generará mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas afectivas.

- Hipótesis 6: Las mujeres con TLP que presenten historia de maltrato en la infancia presentarán peor funcionamiento de la CS. En concreto, tendrán más afectadas las áreas que evalúan ToM desde el contenido cognitivo.
- Hipótesis 7: En las mujeres con TLP la alteración cognitiva predecirá el funcionamiento de la cognición social e hipermentalización cuando se ajuste por sintomatología, psicopatología general y maltrato.

7.2.Objetivos

- Objetivo 1: Comparar la CS entre la muestra de mujeres con TLP y el grupo control.
- Objetivo 2: Analizar la CS en las mujeres con TLP y ver el funcionamiento de la CS en función de la severidad global del TLP (DIB-R total).
- Objetivo 3: Analizar la CS en las mujeres con TLP y ver los errores y los tipos de atribuciones que aparecen en la CS en función de las diferentes áreas afectadas en el TLP (afectiva, cognitiva, impulsiva e interpersonal).
- Objetivo 4: Analizar la CS en mujeres con TLP en función del malestar psíquico global que presenten (índice GSI del SCL-90-R).

- **Objetivo 5:** Analizar la CS en mujeres con TLP en función de la psicopatología asociada evaluada con el SCL-90-R.

- **Objetivo 6:** Analizar la CS en las mujeres con TLP que presentan historia de malos tratos en la infancia medidos con el CTQ.

- **Objetivo 7:** Establecer un Modelo Explicativo entre la sintomatología del TLP y la CS.

8. Metodología

8.1.Muestra. Diseño y Procedimiento.

La muestra total está constituida por 79 mujeres. 47 mujeres constituyen el grupo clínico con un diagnóstico de TLP. 32 mujeres constituyen el grupo control no clínico, voluntarias incidentales. Las participantes fueron reclutadas entre el año 2014 y el año 2019.

El grupo clínico fue reclutado en la Unidad de Agudos del Hospital Universitari Institut Pere Mata y/o en el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA en adelante) de Tarragona y de Reus perteneciente al mismo hospital. Todas las pacientes fueron evaluadas y seleccionadas, en el contexto de un estudio más amplio, para participar en un programa de tratamiento grupal que se realiza en los CSMA de Reus y de Tarragona, el Programa Sistema de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS; Blum, Bartels, & Pfohl, 2002). Así, las mujeres que se incluyen en este trabajo y que presentan TLP han participado, ya sea de modo continuo o discontinuo, en el programa STEPPS que se realiza en los CSMA de Reus y Tarragona. Una vez aceptaron la participación en el estudio, las pacientes fueron citadas a modo individual, en como mínimo, dos ocasiones para poder completar el estudio. La necesidad de poder ser citadas en dos ocasiones es por el tiempo necesario que implica la administración de las pruebas aplicadas. En una primera cita, se administró la DIB-R y el SCL-90-R. En la segunda cita, se administró el CTQ y la MASC. Siendo necesario aproximadamente entre tres y cuatro horas para finalizar el estudio completo y teniendo presente la complejidad de las pacientes para acudir a las citas programadas y continuar participando en el estudio.

Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron los siguientes:

- Mujer, mayor de edad.
- Diagnóstico TLP evaluada con escala DIB-R y puntuación mayor o igual 6.
- Estabilidad clínica.
- Aceptan la participación en el grupo STEPPS.
- Aceptan y comprenden adecuadamente el propósito del estudio.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Varón.
- Mujer con diagnóstico clínico de TLP pero puntuación menor de 6 en la escala DIB-R.
- Estado clínico agudo o descompensación clínica.
- Presencia de otra psicopatología severa diagnosticada en el eje I.
- Dificultades idiomáticas o intelectuales para la comprensión del estudio y las pruebas administradas.
- No aceptación de la participación en el estudio.

El grupo control estuvo conformado por voluntarias incidentales. Se les aplicó la MASC para evaluar su CS.

Todos los procedimientos estuvieron de acuerdo con la Declaración de Helsinki. La aprobación ética se obtuvo del comité de ética local (CEIm IISPV, www.iispv.cat). Todos los sujetos consintieron participar en el estudio y firmaron un consentimiento informado

8.2. Instrumentos

8.2.1. Entrevista Diagnóstica para el TLP -Revisada- DIB-R.

Autores: Barrachina et al., 2004; Zanarini, Frankenburg, & Vujanovic, 2002

Entrevista semiestructurada que recoge información sobre 4 áreas de funcionamiento personal, consideradas de importancia en el diagnóstico del TLP, y una puntuación global de severidad del TLP:

- *Área global (DIB-R total):* sintomatología límite global. Se considera que la persona presenta un TLP cuando la puntuación es igual o mayor a 6 (Barrachina et al., 2004)
- *Área afectiva (DIB-R afectiva):* sintomatología depresiva, irritabilidad, ansiedad y sentimientos crónicos de vacío.
- *Área cognitiva (DIB-R cognitiva):* pensamientos alterados en forma de experiencias perceptuales infrecuentes y experiencias paranoides no delirantes, pensamientos casi psicóticos y auténticos pensamientos psicóticos.
- *Área impulsiva (DIB-R impulsiva):* abuso de sustancias, patrón de desviación sexual, autolesiones y amenazas o gestos suicidas.
- *Área interpersonal (DIB-R interpersonal):* intolerancia a la soledad, miedo al abandono o a ser absorbido o alineado. Conductas de contradependencia. Relaciones íntimas intensas e inestables. Dependencia o masoquismo en las relaciones. Tendencia a desvalorizar a los demás, manipularlos o tratarlos de forma dañina. Exigencias exageradas o merecedor de reconocimiento en relaciones íntimas. Complicaciones en las relaciones psiquiátricas.

Evalúa 97 ítems centrados en la manera en que el paciente ha sentido, pensado y actuado durante los últimos dos años. La entrevista está dividida en 22 subsecciones organizadas en forma de frase resumen (FR) que luego se agrupan en cada una de las 4 áreas que se evalúan. Las puntuaciones de área determinan la puntuación global en la DIB-R en una escala que oscila entre 0 y 10, siendo las puntuaciones iguales o superiores a 6 compatibles con el diagnóstico de TLP. Esta entrevista ha demostrado fiabilidad, validez y consistencia interna suficiente como para resultar discriminante ante este tipo de pacientes (Caballo, 2004).

8.2.2. Cuestionario de Trauma Infantil -Versión corta- -CTQ-SF-

Autores: Bernstein et al., 2003; Hernandez et al., 2013

Cuestionario auto administrado conformado por 28 ítems que mide retrospectivamente experiencias de abuso y negligencia infantil. Lo hace a través de una escala tipo Likert de 5 puntos que va desde nunca (1) a muy a menudo (4). El CTQ-SF ha demostrado tener alta fiabilidad y validez (Bernstein, D P; Fink, 1998; Bernstein et al., 2003). Con este instrumento obtenemos una puntuación total de *maltrato global (MT)* y puntuación para cinco tipos de maltrato:

- *Abuso emocional (AE)*: agresiones verbales contra el sentido de valor de un niño o el bienestar o cualquier conducta humillante o degradante dirigida a un niño por un adulto o persona mayor
- *Abuso físico (AF)*: agresiones físicas en el niño por un adulto o persona mayor que plantea un riesgo, o resultado de lesiones.
- *Abuso sexual (AS)*: contacto o conducta sexual entre un niño menor de 18 años de edad y un adulto o persona mayor.

- *Negligencia emocional (NE)*: fracaso de los cuidadores para satisfacer las necesidades emocionales y psicológicas básicas del niño, incluido amor, pertenencia, cuidado y apoyo.
- *Negligencia física (NF)*: fracaso de los cuidadores para proveer las necesidades físicas básicas del niño, incluyendo alimentos, vivienda, vestido, seguridad y atención de la salud (también se incluye mala supervisión de los padres poniendo en peligro la seguridad de los niños)

8.2.3. Cuestionario de 90 síntomas -SCL-90-R-

Autores: Derogatis LR et al., 1975; González de Rivera JL et al., 1989.

Cuestionario autoaplicado compuesto por 90 ítems, cada uno de los cuales describe una alteración psicopatológica o psicosomática concreta que la persona esté sufriendo en el momento de la evaluación. Se evalúa a través de una escala tipo Likert graduada que va desde 0 (nada en absoluto) hasta 4 (mucho o extremadamente). El tiempo empleado para su aplicación es de 15 minutos, y comprende una franja de edad desde los 13 hasta los 65 años. Se trata de un instrumento de medida de variables continuas, lo cual permite obtener tres tipos de variables numéricas: los índices globales, las dimensiones sintomáticas y el malestar subjetivo creado por cada síntoma discreto.

1. Los *índices globales* son tres:

- *Índice Global de Gravedad o Severidad (GSI)*: medida generalizada e indiscriminada de la intensidad del sufrimiento psíquico y psicosomático global del sujeto.
- *Total de Síntomas Positivos (PST)*: número total de síntomas presentes, es decir, la amplitud y diversidad de la psicopatología.

- *Índice de Distrés de Síntomas Positivos (PSDI)*: relaciona el sufrimiento o “distrés” global con el número de síntomas, y es por lo tanto un indicador de la intensidad sintomática media. Indica el estilo característico del individuo por lo que informa sobre si el individuo maximiza o minimiza sus respuestas.

2. *Dimensiones sintomáticas*: la valoración de estas dimensiones aporta un perfil multidimensional de la patología presente y permite familiarizarnos con el perfil sintomático del paciente, es decir, con su particular percepción de su estado psíquico y psicósomático. En total son nueve:

- *Somatización (SOM)*: evalúa malestares relacionados con diferentes disfunciones corporales (cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorias)
- *Obsesión-compulsión (OBS)*: explora pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles
- *Sensibilidad Interpersonal (SI)*: detecta sentimientos de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus semejantes.
- *Depresión (DEP)*: valora el estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza, ideaciones suicidas.
- *Ansiedad (ANS)*: contempla nerviosismo, tensión, ataques de pánico, miedos.
- *Hostilidad (HOS)*: identifica pensamientos, sentimientos y acciones de enojo.
- *Ansiedad fóbica (FOB)*: alude al miedo (personas, lugares, objetos, situaciones) irracional y desproporcionado.

- *Ideación paranoide (PAR)*: indica proyección, suspicacia, temor a la pérdida de autonomía
- *Psicoticismo (PSIC)*: referida a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento.
- *Síntomas misceláneos (ítems adicionales)*.

8.2.4. Película para la Evaluación de la Cognición Social -MASC-

Autores: (Dziobek et al., 2006; Lahera et al., 2014)

Desarrollada con detalle en el punto 3 de este trabajo.

8.3. Análisis Estadísticos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa IBM SPSS versión 27.0 para Windows.

Se utilizan estadísticos descriptivos para obtener los datos sociodemográficos del grupo clínico y del grupo control. Para comparar las diferencias en la variable edad se aplicó una *t-student* y en el resto de variables sociodemográficas, la prueba *Chi-cuadrado*.

De cara a evaluar el objetivo 1, comparar las medias de la CS entre el grupo clínico y el grupo control, se realiza una prueba *t-student*.

Para analizar los objetivos 2, 3, 4 y 5, en los cuales estudiamos la relación entre las escalas de la DIB-R y MASC por un lado, y las de la SCL-90-R y MASC por otro, utilizamos la correlación de *Pearson (r de Pearson)*.

En el objetivo 3, al estudiar los errores y tipos de atribuciones que aparecen en la CS en función de las diferentes áreas afectadas en el TLP, ha aparecido una alta

correlación entre el área cognitiva y las escalas de la MASC. Por ello, se ha profundizado en la relación entre las alteraciones del pensamiento detectadas por la DIB-R y la CS (explicado con más detalle en el punto 10.3) aplicando una prueba ANOVA de un factor, donde las alteraciones del pensamiento se han agrupado en 4 niveles:

- 0: grupo control (Gr control)
- 1: TLP sin afectación cognitiva (TLP sin)
- 2: TLP con pensamiento extraño y/o con experiencias no delirantes (TLP pre)
- 3: TLP con experiencias psicóticas (TLP psicótico)

De forma complementaria, hemos realizado la Prueba de *Tukey* de comparaciones aparejadas entre los diferentes grupos, para detallar qué niveles de alteración del pensamiento son los que difieren significativamente en CS.

Para evaluar el objetivo 6, esto es, determinar las relaciones entre CTQ y MASC, utilizamos la correlación rho de *Spearman*, debido a que el CTQ presenta una distribución marcadamente alejada de la normalidad.

Finalmente, para establecer un modelo explicativo entre la sintomatología del TLP y la CS, hemos realizado un modelo de regresión lineal múltiple.

En todas las pruebas estadísticas aplicadas, se trabaja con un nivel de confianza mínimo del 95%, de manera que se van a considerar significativos todos los resultados que presenten, por lo menos, una $p < 0.05$. El tamaño del efecto se medirá con la *d de Cohen* en la prueba *t-student* y con el estadístico eta cuadrado (η^2) en la prueba ANOVA.

Para interpretar la magnitud de las correlaciones y el tamaño del efecto en las comparaciones, seguiremos las aportaciones que, desde una vertiente clínica y de

Psicología de la Salud, realiza Iraugi (Iraugi, 2009). Para ello, presentamos la tabla 18 que tomaremos como referencia a la hora de interpretar los resultados.

Tabla 18. Interpretación de la fuerza (tamaño) del efecto.

Interpretación general de la fuerza del efecto	Familia de correlaciones <i>r</i>	Familia de las diferencias <i>d</i>
Perfecta	1.00	$\geq 3,5$
Casi perfecta	0.90	2.50
Mucho mayor que el típico	0.70	1.20
Más grande que el típico	0.50	0.80
Medio o típico	0.30	0.50
Más pequeño que el típico	0.10	0.20
Ausencia de efecto	0.00	0.00

Fuente: tabla extraída de Iraugi (2009) y adaptada por la autora del presente estudio.

Finalmente, para interpretar el tamaño del efecto en la prueba ANOVA, seguiremos la propuesta básica realizada por Cohen (Cohen, 1988), de manera que consideraremos un efecto pequeño con un $\eta^2= 1\%$, mediano con un $\eta^2=5\%$ y grande con $\eta^2=14\%$.

9. Resultados

9.1. Descripción de la muestra

El grupo clínico de mujeres con TLP estaba conformada por 47 mujeres con una edad media de 32.38 años ($DE = 7.67$). El grupo control se compuso de 32 mujeres con una edad media de 34.97 años ($DE=10.45$). No se obtuvieron diferencias significativas en la variable edad al aplicarse la prueba *t-student* para comparar medias ($t_{53}=1.197$; $p=0.237$), por lo tanto, las muestras estuvieron aparejadas por edad y sexo (todo mujeres) (tabla 19).

En cuanto al resto de variables sociodemográficas, cabe destacar que no ha sido posible recabar los datos de todas las participantes, de manera que se trabaja con porcentajes que no alcanzan el 100% al existir valores perdidos. Se utilizaron los datos de las frecuencias y la prueba *Chi Cuadrado* para estudiar las diferencias entre grupo clínico y control (tabla 20).

- En cuanto al estado civil, se observan diferencias significativas en todas las categorías ($X_i^2=16.98$; $p<0.001$). Así, en el grupo clínico hay más mujeres solteras (53.2% frente a 31.3% en grupo control) y separadas (21.3% frente a 6.3% en grupo control) que no casadas (14.9% frente al 62.5% del grupo control).
- En ocupación, también se obtienen diferencias significativas ($X_i^2=8.64$; $p=0.013$), aunque tenemos que tomar este resultado con cautela porque hay dos casillas (33.3%) que no cumplen los requisitos de aplicación de la prueba (por un recuento esperado <5). Destaca el porcentaje de mujeres del grupo clínico que no trabaja, el cual es mucho mayor que en el grupo control (34% frente al 12%).
- En relación con el nivel de estudios, también se observan diferencias significativas entre ambos grupos ($X_i^2=6.32$; $p=0.043$), a pesar de que no se cumplen los

requisitos de aplicación (50% de casillas con recuento esperado <5). La principal diferencia la observamos en los estudios universitarios (8.5% grupo clínico frente al 0% en grupo control).

Tabla 19. Edad en grupo clínico y control

		N	Media	DE	t	gl	p
Edad	Gr control	32	34.97	10.45	1.197	53	0.237
	Gr clínico	45	32.38	7.67			

N=muestra, DE=desviación estándar, t=t-student, gl=grados de libertad, p=significación bilateral

Tabla 20. Datos sociodemográficos en grupo clínico y grupo control

		Grupo Clínico N=47		Grupo Control N=32		X_i^2	p
		N	%	N	%		
Estado Civil	Soltero	25	53.2	10	31.3	16.98	<0.001**
	Casada/en pareja	7	14.9	20	62.5		
	Separada/Divorciada/Viuda	10	21.3	2	6.3		
Ocupación ¹	Sin empleo	16	34	4	12.5	8.64	0.013*
	Estudiante	3	6.4	6	18.8		
	Activo	16	34	22	68.8		
Estudios ²	Primarios	3	6.4	6	18.8	6.32	0.043*
	Secundarios	15	31.9	26	81.3		
	Universitarios	4	8.5	0	---		

¹Ocupación: Sin empleo: parado, inactivo, pensión:

²Estudios: primarios o graduado escolar; secundarios: ESO, BAT, FPI y FPII; universitarios

X_i^2 = estadístico chi cuadrado de Pearson; p=significación bilateral

*p<0.05; **p<0.01

9.2. Cognición Social en el TLP en comparación con grupo control

Se realiza una *t-student* para comparar las medias entre el grupo control y el grupo clínico con el objetivo de estudiar las diferencias en la ejecución de las habilidades de cognición social. Se observan diferencias significativas en ToM correcta, ToM exceso, MASC intenciones, ToM cognitiva, MASC perceptivas y MASC calientes.

En la escala **ToM correcta** el grupo control ha obtenido una media significativamente superior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=31.16$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 28.51$; $t_{75}= 2.463$, $p=0.016$). En la escala **MASC intenciones** el grupo control ha obtenido una media significativamente superior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=10.19$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 8.98$; $t_{75}= 2.901$, $p=0.005$). En la escala **ToM exceso** el grupo control ha obtenido una media significativamente inferior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=5.72$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 8.02$; $t_{75}= -3.973$, $p<0.001$). En la escala **ToM cognitiva** el grupo control ha obtenido una media significativamente superior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=19.18$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 17.53$; $t_{75}= 2.232$, $p=0.029$). En la escala **MASC perceptivas** el grupo control ha obtenido una media significativamente superior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=6.84$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 5.93$; $t_{75}= 2.336$, $p=0.020$). En la escala **MASC calientes** el grupo control ha obtenido una media significativamente superior al grupo clínico ($\bar{X}_{\text{control}}=9.08$, $\bar{X}_{\text{clínico}}= 8.08$; $t_{75}= 2.218$, $p=0.037$) (tabla 21, gráfico 9).

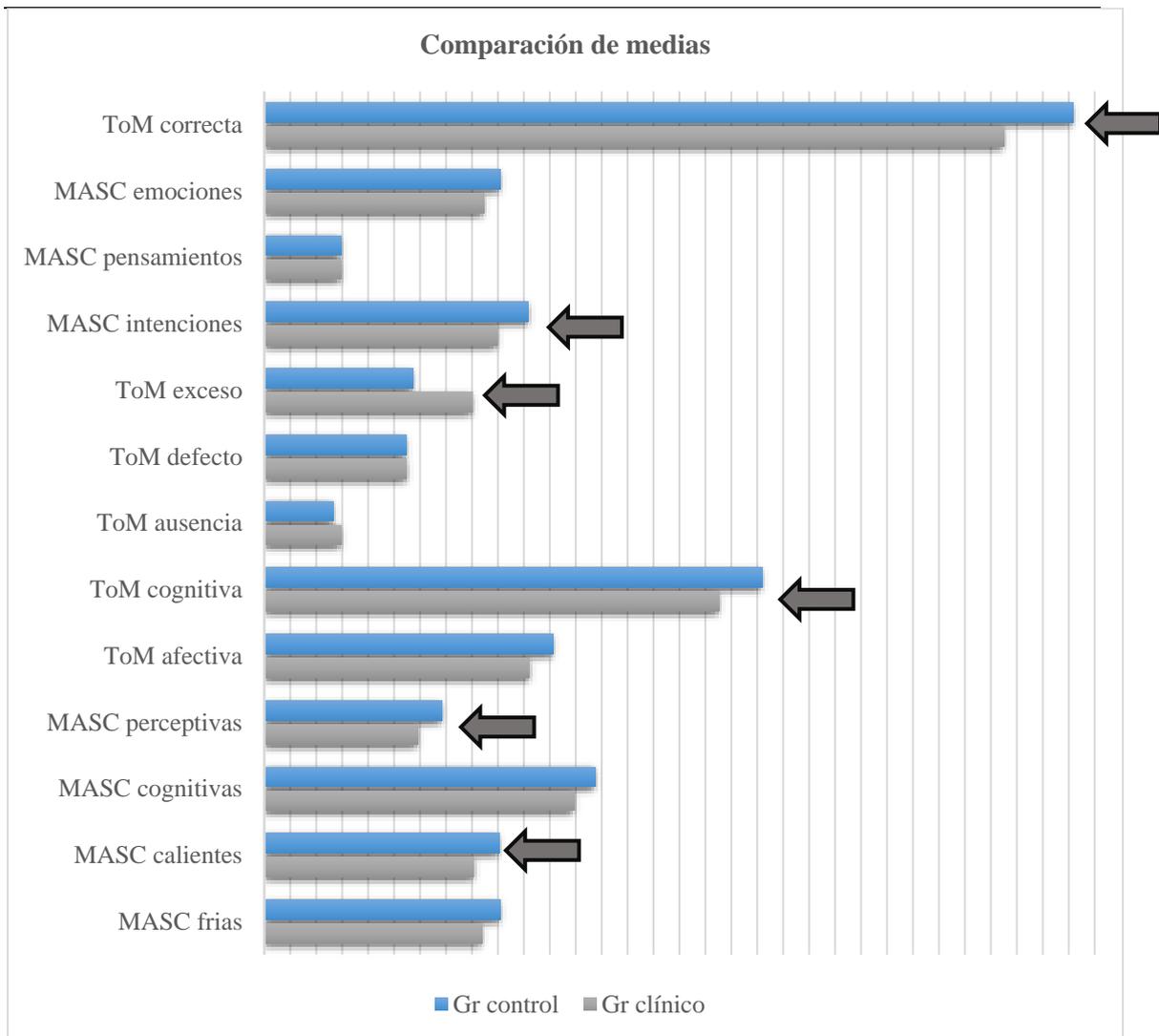
Todas las comparaciones significativas presentan un tamaño del efecto, estimado mediante el estadístico *d* de Cohen, que puede considerarse medio o típico (valores *d* entre 0.492 y 0.671), excepto en el caso de la ToM exceso, donde existe un efecto más grande que el típico ($d=-0.919$).

Tabla 21. Comparación de medias en la MASC entre grupo clínico y control

		N	Media	DE	t	gl	p	d de Cohen																																																												
ToM correcta	Gr control	32	31.16	4.85	2.463	75	0.016*	0.570																																																												
	Gr clínico	45	28.51	4.49					MASC intenciones	Gr control	32	10.19	1.80	2.901	75	0.005**	0.671	Gr clínico	45	8.98	1.80	ToM exceso	Gr control	32	5.72	2.33	-3.973	75	<0.001**	-0.919	Gr clínico	45	8.02	2.62	ToM cognitiva	Gr control	32	19.18	3.19	2.232	75	0.029*	0.516	Gr clínico	45	17.53	3.22	MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	2.336	75	0.020*	0.540	Gr clínico	45	5.93	1.76	MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*
MASC intenciones	Gr control	32	10.19	1.80	2.901	75	0.005**	0.671																																																												
	Gr clínico	45	8.98	1.80					ToM exceso	Gr control	32	5.72	2.33	-3.973	75	<0.001**	-0.919	Gr clínico	45	8.02	2.62	ToM cognitiva	Gr control	32	19.18	3.19	2.232	75	0.029*	0.516	Gr clínico	45	17.53	3.22	MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	2.336	75	0.020*	0.540	Gr clínico	45	5.93	1.76	MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*	0.492	Gr clínico	45	8.08	1.96								
ToM exceso	Gr control	32	5.72	2.33	-3.973	75	<0.001**	-0.919																																																												
	Gr clínico	45	8.02	2.62					ToM cognitiva	Gr control	32	19.18	3.19	2.232	75	0.029*	0.516	Gr clínico	45	17.53	3.22	MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	2.336	75	0.020*	0.540	Gr clínico	45	5.93	1.76	MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*	0.492	Gr clínico	45	8.08	1.96																					
ToM cognitiva	Gr control	32	19.18	3.19	2.232	75	0.029*	0.516																																																												
	Gr clínico	45	17.53	3.22					MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	2.336	75	0.020*	0.540	Gr clínico	45	5.93	1.76	MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*	0.492	Gr clínico	45	8.08	1.96																																		
MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	2.336	75	0.020*	0.540																																																												
	Gr clínico	45	5.93	1.76					MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*	0.492	Gr clínico	45	8.08	1.96																																															
MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.218	75	0.037*	0.492																																																												
	Gr clínico	45	8.08	1.96																																																																

N=muestra, DE=desviación estándar, t=t-student, gl=grados de libertad, p=significación bilateral,
 *p<0.05; **p<0.01

Gráfico 9. Comparación de medias en la MASC entre grupo clínico y control.



* Con la flecha se señala significación estadística

9.3. Cognición Social y sintomatología límite.

Se realiza una correlación de *Pearson* para estudiar la asociación entre las diferentes variables que engloban la CS y las que conforman la sintomatología límite. Obtenemos los siguientes resultados significativos (tabla 23 y gráficos 10 y 11).

- En cuanto al **área afectiva** de la DIB-R, no se ha obtenido ninguna correlación significativa con las áreas de la CS. Este resultado podría deberse a que la escala afectiva presenta una marcada homogeneidad, ya que las puntuaciones se

distribuyen con una clara asimetría negativa o efecto techo (tal y como puede observarse en la tabla 22), puesto que más del 60% de los sujetos obtienen la puntuación máxima en el área afectiva. La falta de variabilidad de uno de los factores puede provocar un efecto de atenuación del coeficiente de correlación. Dada esta distribución sesgada, para complementar la información aportada por el coeficiente de correlación de *Pearson*, se ha calculado también el coeficiente *rho de Spearman*, que se muestra menos afectado por las puntuaciones extremas. Sin embargo, mediante dicho procedimiento tampoco se han podido establecer asociaciones significativas.

Tabla 22. Puntuaciones y porcentajes en el área afectiva de la DIB-R

Área AFECTIVA de la DIB-R		
Puntuación	Frecuencia	Porcentaje
4	1	2.1
7	1	2.1
8	8	17.0
9	7	14.9
10	30	63.8
Total	47	100

- En cuanto al **área de impulsividad**, tampoco se observan correlaciones significativas. Como en el caso anterior, esto podría ser debido, en parte, a un fenómeno de atenuación. Si bien no se aprecia un efecto tan claro como el comentado en el área afectiva, ocurre una situación similar, puesto que el 76% de la muestra presenta puntuaciones entre 4 y 8, por lo que la variabilidad de las puntuaciones en impulsividad puede considerarse reducida.
- En relación con el **área interpersonal** no se observan correlaciones significativas.

- En el **área cognitiva** se observan las siguientes correlaciones:
 - Correlación negativa con fuerza de la asociación más grande que la típica en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.48$, $p<0.001$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.43$, $p=0.004$), **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.49$, $p<0.001$), **MASC cognitiva** ($r_{xy}=-0.49$, $p<0.001$) y **MASC frías** ($r_{xy}=-0.42$, $p=0.004$).
 - Correlación negativa con fuerza del efecto típico en **MASC emociones** ($r_{xy}=-0.30$, $p=0.045$) y **MASC pensamientos** ($r_{xy}=-0.37$, $p=0.012$)
 - Correlación positiva con fuerza de la asociación entre típica y más grande que típica en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.41$, $p=0.005$) y **ToM ausencia** ($r_{xy}=0.32$, $p=0.034$).

- En relación con la **escala total**, se observan las siguientes correlaciones:
 - Correlación negativa con fuerza del efecto entre típico y más grande que el típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.41$, $p=0.005$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.39$, $p=0.007$), **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.43$, $p=0.003$), **MASC perceptivas** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.022$), **MASC cognitivas** ($r_{xy}=-0.33$, $p=0.025$) y **MASC frías** ($r_{xy}=-0.45$, $p=0.002$).
 - Correlación positiva con fuerza del efecto típico en **ToM ausencia** ($r_{xy}=0.33$, $p=0.027$).

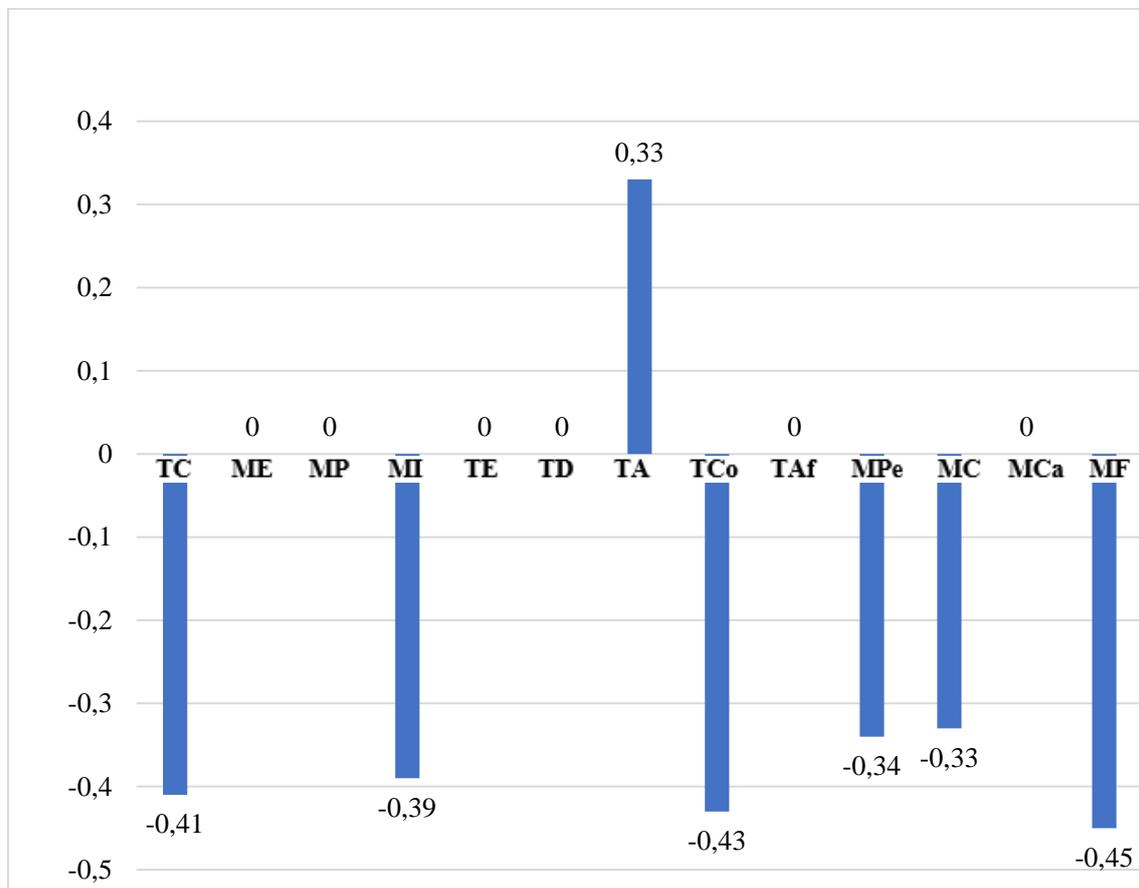
Tabla 23. Correlaciones significativas de la sintomatología límite y la CS.

	DIB-R Total	DIB-R Cognitiva
ToM correcta	-0.41**	-0.48**
MASC emociones	---	-0.30*
MASC pensamientos	---	-0.37*
MASC intenciones	-0.39**	-0.43**
ToM exceso	---	0.41**
ToM defecto	---	---
ToM ausencia	0.33*	0.32*
ToM cognitiva	-0.43**	-0.49**
ToM afectiva	---	---
MASC perceptivas	-0.34*	---
MASC cognitivas	-0.33*	-0.49**
MASC calientes	---	---
MASC frías	-0.45**	-0.42**

N=45

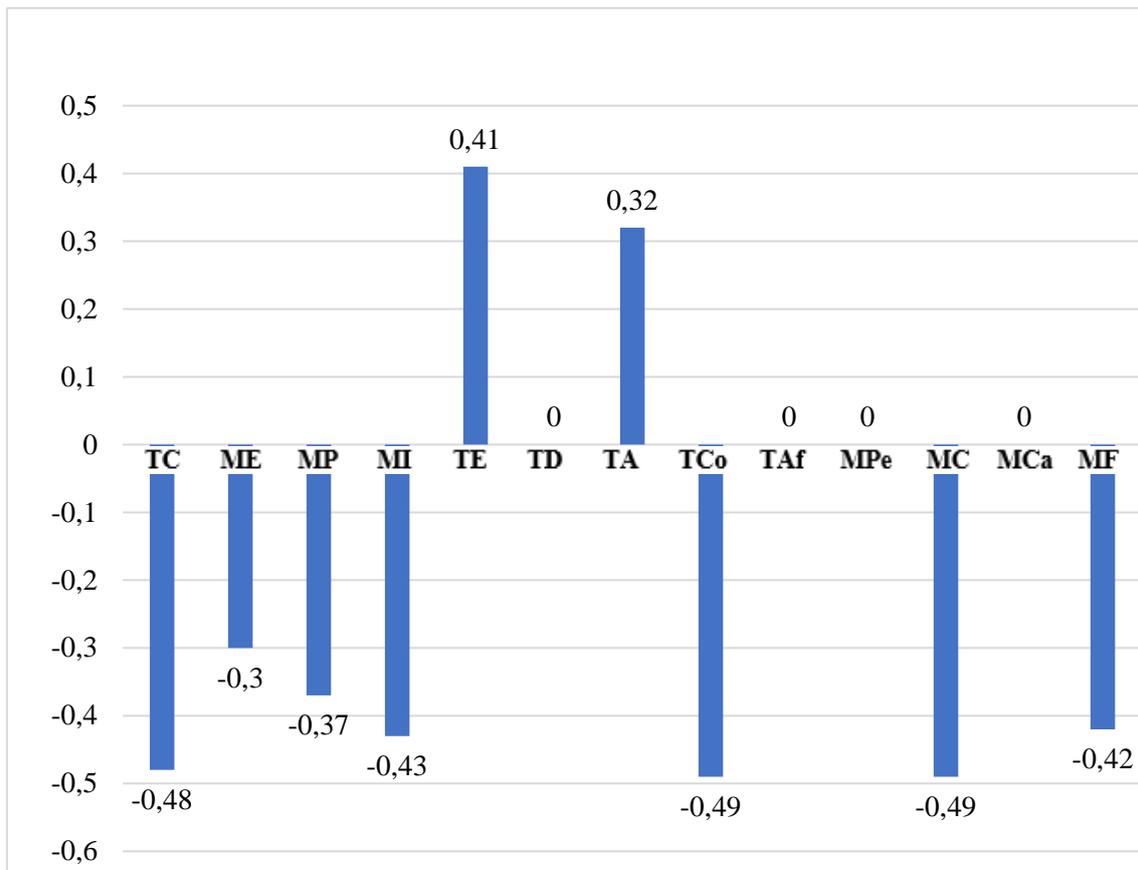
*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral). **Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Gráfico 10. Correlaciones significativas de la DIB-R total y la CS



TC: ToM correcta; ME: MASC emociones; MP: MASC pensamientos; MI: MASC intenciones; TE: ToM exceso; TD: ToM defecto; TA: ToM ausencia; TCo: ToM cognitiva; TAf: ToM afectiva; MPe: MASC perceptivas; MC: MASC cognitivas; MCa: MASC calientes; MF: MASC frías

Gráfico 11. Correlaciones significativas de la escala cognitiva de la DIB-R y la CS



TC: ToM correcta; ME: MASC emociones; MP: MASC pensamientos; MI: MASC intenciones; TE: ToM exceso; TD: ToM defecto; TA: ToM ausencia; TCo: ToM cognitiva; TAf: ToM afectiva; MPe: MASC perceptivas; MC: MASC cognitivas; MCa: MASC calientes; MF: MASC frías

Con los resultados expuestos, observamos que, de las diferentes áreas que evalúa la DIB-R, es la **escala cognitiva de la DIB-R** la que presenta mayores asociaciones con el funcionamiento de la CS. Por ello, consideramos que resulta muy interesante profundizar en el análisis de esta área, con el objetivo de obtener una mayor comprensión de la relación existente entre alteraciones cognitivas y CS en pacientes con TLP. Con este objetivo, conviene tomar en consideración que el área cognitiva global de la DIB-R está conformada por tres niveles de afectación:

- *Pensamientos extraños/experiencias perceptuales no habituales*: pensamiento mágico, ilusiones recurrentes o despersonalización.

- *Experiencias paranoides no delirantes*: la suspicacia indebida, ideas autorreferencias u otras ideas paranoides.
- *Experiencias psicóticas*: delirios o alucinaciones

Partiendo de esta clasificación, hemos optado por recategorizar la escala cognitiva y clasificar a los sujetos de acuerdo con los siguientes criterios:

- 0: grupo control (Gr control)
- 1: TLP sin afectación cognitiva (TLP sin)
- 2: TLP con pensamiento extraño y/o con experiencias no delirantes (TLP pre)
- 3: TLP con experiencias psicóticas (TLP psicótico)

Como puede observarse, en esta clasificación hemos incluido el grupo control ya que, de cara a la discusión, nos resulta altamente relevante poder ver las diferencias existentes con el grupo clínico. Se ha descartado establecer una categoría que correspondiese a sujetos TLP que presentaran únicamente pensamiento extraño ya que, en la muestra analizada, no se ha identificado ningún participante con dicha característica.

Para realizar este análisis, hemos empleado una prueba ANOVA de un factor, que permite comparar medias de muestras independientes cuando se trabaja con más de dos grupos (4 en total en el presente análisis). Posteriormente, y tomando en consideración el cumplimiento del supuesto de homogeneidad de varianzas, hemos realizado una Prueba de *Tukey* que permite comparaciones múltiples aparejadas.

Los resultados de la prueba ANOVA (ver tabla 24) evidencia que la variable recodificada a partir de las alteraciones del pensamiento tiene un efecto significativo en diversas escalas de la MASC: **ToM correct** ($F_{(3,72)}=5.63$; $p=0.002$), **MASC intenciones** ($F_{(3,72)}=7.06$; $p<0.001$), **ToM exceso** ($F_{(3,72)}=8.18$; $p<0.001$), **ToM cognitiva** ($F_{(3,72)}=6.72$;

$p < 0.001$), **MASC perceptivas** ($F_{(3,72)}=3.23$; $p=0.027$), **MASC cognitivas** ($F_{(3,72)}=5.52$; $p=0.02$), **MASC calientes** ($F_{(3,72)}=2.79$; $p=0.046$), **MASC frías** ($F_{(3,72)}=6.57$; $p < 0.001$).

Por lo que respecta al tamaño del efecto, en las escalas MASC perceptiva y MASC calientes el efecto puede considerarse mediano, con porcentajes de varianza explicados por las alteraciones del pensamiento aproximadamente del 11%. En el resto de las escalas, los tamaños del efecto superan el 14%, de manera que pueden considerarse altos, especialmente en ToM exceso, donde las alteraciones del pensamiento consiguen explicar un 25% de la variabilidad de las puntuaciones.

Tabla 24. ANOVA con grupos por recategorización de la escala cognitiva de la DIB-R.

		N	Media	DE	F	gl 1	gl 2	p	η^2
ToM correct	Gr control	32	31.16	4.85	5.63	3	72	0.002**	18.77
	TLP sin	11	32.18	1.89					
	TLP pre	18	27.50	4.19					
	TLP psicótico	16	27.13	4.87					
MASC intenciones	Gr control	32	10.19	1.80	7.06	3	72	<0.001**	22.49
	TLP sin	11	10.45	0.93					
	TLP pre	18	8.28	1.71					
	TLP psicótico	16	8.75	1.84					
ToM exceso	Gr control	32	5.72	2.33	8.18	3	72	<0.001**	25.16
	TLP sin	11	6.45	2.21					
	TLP pre	18	8.06	2.49					
	TLP psicótico	16	9.06	2.65					
ToM cognitiva	Gr control	32	19.19	3.19	6.72	3	72	<0.001**	21.64
	TLP sin	11	20.45	1.91					
	TLP pre	18	16.83	2.68					
	TLP psicótico	16	16.31	3.36					
MASC perceptivas	Gr control	32	6.84	1.57	3.23	3	72	0.027*	11.7
	TLP sin	11	6.73	1.74					
	TLP pre	18	5.45	1.89					
	TLP psicótico	16	5.94	1.53					
MASC cognitivas	Gr control	32	12.75	2.49	5.52	3	72	0.02**	18.49
	TLP sin	11	14.27	1.62					
	TLP pre	18	11.33	2.38					
	TLP psicótico	16	11.00	2.53					
MASC calientes	Gr control	32	9.06	1.99	2.79	3	72	0.046*	10.29
	TLP sin	11	8.91	2.12					
	TLP pre	18	8.17	1.58					
	TLP psicótico	16	7.44	2.13					
MASC frías	Gr control	32	9.09	1.73	6.57	3	72	<0.001**	21.26
	TLP sin	11	10.27	1.35					
	TLP pre	18	7.78	1.69					
	TLP psicótico	16	7.81	2.04					

N=muestra, DE=desviación estándar, F=estadístico F de Fisher, gl=grados de libertad, p=significación bilateral, η^2 = estadístico eta cuadrado

*p<0.05; **p<0.01

Para identificar qué grupos difieren entre sí en las escalas comentadas anteriormente, utilizaremos la prueba de *Tukey* de comparaciones aparejadas, de manera que a continuación detallamos todas las parejas que presentan diferencias significativas entre sus medias, especificando la magnitud de dichas diferencias (diferencia entre

medias) y su significación. En el gráfico 12 se presentan todas las comparaciones entre grupos para facilitar la interpretación de las diferencias obtenidas.

- ToM correct:
 - El *grupo control* presenta una media significativamente superior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=3.67; p=0.031) y a la del *grupo psicótico* (dif=4.03; p=0.020).
 - El *gr sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente superior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=4.68; p=0.035) y a la del grupo psicótico (dif=5.06; p=0.023)

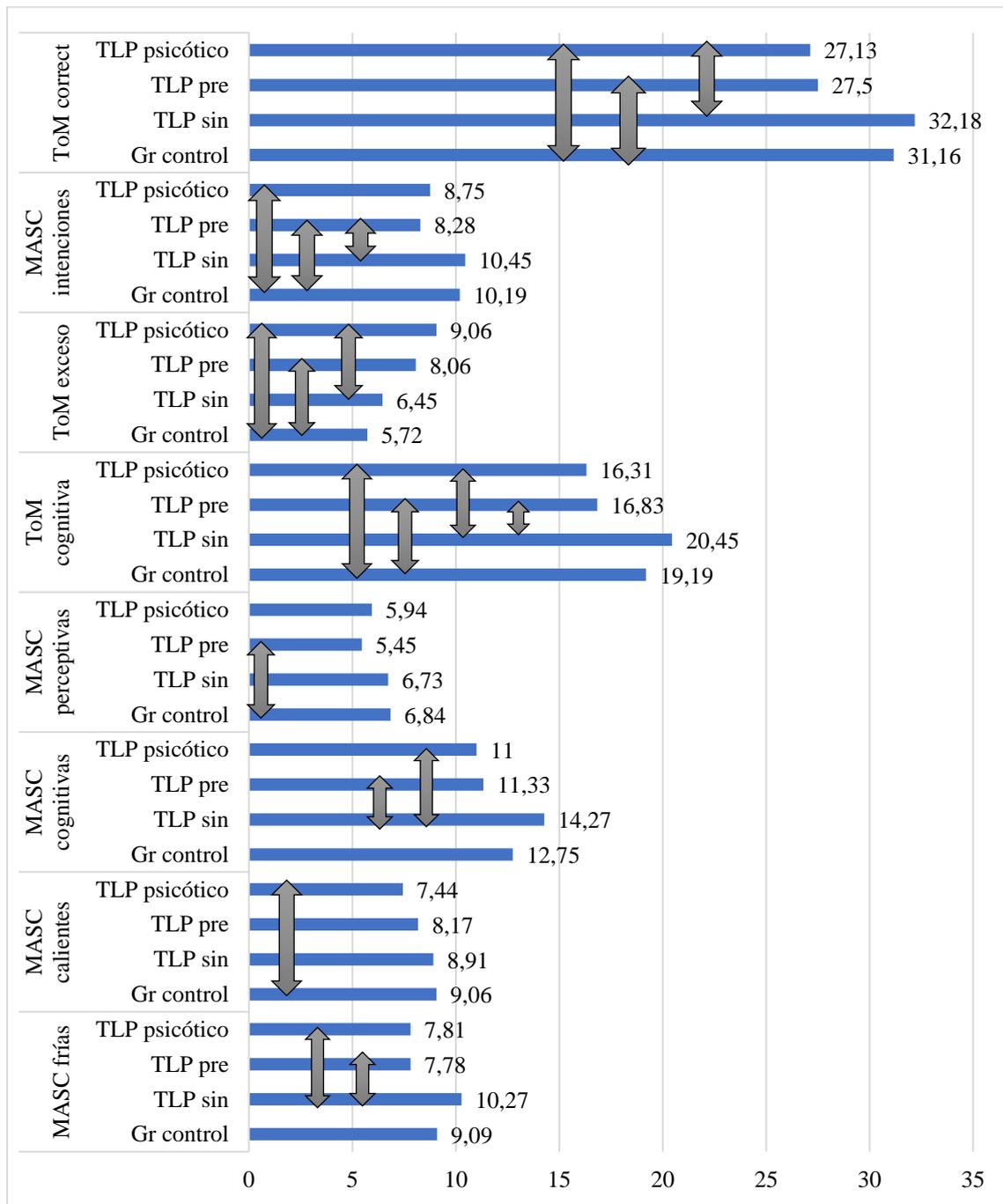
- MASC intenciones:
 - El *grupo control* presenta una media significativamente superior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=1.91; p=0.002) y a la del *grupo psicótico* (dif=1.44; p=0.035)
 - El *grupo sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente superior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=2.18 y p=0.007)

- ToM exceso:
 - El *grupo control* presenta una media significativamente inferior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=-2.34; p=0.008) y a la del *grupo psicótico* (dif=-3.34; p<0.001)
 - El *grupo sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente inferior a la del *grupo psicótico* (dif=-2.61; p=0.037).

- ToM cognitiva:

- El *grupo control* presenta una media significativamente superior a la del *grupo pre-psicótico* (dif=2.35; p=0.043) y al *grupo psicótico* (dif=2.87; p=0.012)
- El *grupo sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente superior al *grupo pre-psicótico* (dif=3.62; p=0.011) y al *grupo psicótico* (dif=4.14; p=0.004)
- MASC perceptivas:
 - El *grupo control* presenta una media significativamente superior al *grupo pre-psicótico* (dif=1.4; p=0.028)
- MASC cognitivas:
 - El *grupo sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente superior al *grupo pre-psicótico* (dif=2.94; p=0.01) y al *grupo psicótico* (dif=3.27; p=0.004)
- MASC calientes:
 - El *grupo control* presenta una media significativamente superior al *grupo psicótico* (dif=1.63; p=0.04)
- MASC frías:
 - El *grupo sin alteraciones del pensamiento* presenta una media significativamente superior con el *grupo pre-psicótico* (dif=2.5; p=0.002) y con el *grupo psicótico* (dif=2.46; p=0.003)

Gráfico 12. Comparaciones entre grupos. Recategorización de la escala cognitiva DIB-R



* Las flechas indican diferencias significativas entre los grupos señalados. Las puntuaciones presentadas son las medias obtenidas.

9.4. Cognición social y psicopatología

Para estudiar la asociación entre las categorías que comprenden la CS y la psicopatología recogida en la SCL-90-R se utilizó el coeficiente de *correlación de Pearson* entre las diferentes escalas.

En cuanto a los índices globales del SCL-90-R, destacan las siguientes correlaciones significativas, que pueden verse en la tabla 25:

- **Índice Global de Severidad (GSI)**: correlación negativa con fuerza del efecto típico o ligeramente superior en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.37$, $p=0.026$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.33$, $p=0.035$) y **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.33$, $p=0.035$). Correlación positiva con fuerza del efecto ligeramente superior al típico en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.37$, $p=0.019$).
- **Total de Síntomas Positivos (PST)**: correlación positiva con fuerza del efecto típico en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.32$, $p=0.043$)
- **Índice de distrés de síntomas positivos (PSDI)**: correlación negativa con fuerza del efecto cercana al típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.032$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.027$) y **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.31$, $p=0.047$). Correlación positiva con fuerza del efecto típico o ligeramente superior en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.38$, $p=0.015$).

Tabla 25. Correlaciones entre los Índices Globales del SCL-90-R y la MASC

	INDICES GLOBALES		
	GSI	PST	PSDI
ToM correcta	-0.37*	---	-0.34*
MASC intenciones	-0.33*	---	-0.34*
ToM exceso	0.37*	0.32*	0.38*
ToM cognitiva	-0.33*	---	-0.31*

N=42

GSI=índice global de severidad; PST: total de síntomas positivos; PSDI: índice de distrés de síntomas positivos.

*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral). **Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral).

En cuanto a las *dimensiones sintomáticas del SCL-90-R* destacan las siguientes correlaciones significativas que pueden observarse en la tabla 26:

- **Obsesividad (OBS):** correlación negativa en **MASC pensamientos** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.030$) y correlación positiva en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.33$, $p=0.036$), ambas con tamaño del efecto típico. En el caso de **MASC cognitiva** se observa una correlación negativa que no alcanza la significación, pero se queda muy cerca, lo que nos indicaría una tendencia que podría consolidarse si se trabajara con una muestra de mayor tamaño ($r_{xy}=-0.30$, $p=0.057$).
- **Sensibilidad Interpersonal (SI):** correlación negativa con tamaño del efecto típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.032$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.030$), **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.030$) y **MASC cognitiva** ($r_{xy}=-0.35$, $p=0.026$). Correlación positiva con fuerza del efecto superior al típico en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.40$, $p=0.009$).

- **Depresión (DEP):** correlación positiva con tamaño del efecto típico en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.31$, $p=0.037$).
- **Fobia (FOB):** correlación negativa con tamaño del efecto entre típico y más grande que el típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.40$, $p=0.009$), **MASC emociones** ($r_{xy}=-0.32$, $p=0.042$), **ToM afectiva** ($r_{xy}=-0.32$, $p=0.040$), **MASC cognitiva** ($r_{xy}=-0.31$, $p=0.045$) y **MASC calientes** ($r_{xy}=-0.36$, $p=0.021$). En el caso de **ToM ausencia**, se observa una correlación positiva que no alcanza la significación, pero indica una tendencia que podría volverse significativa con una muestra de mayor tamaño, donde la prueba aplicada fuera más potente ($r_{xy}=0.30$, $p=0.053$).
- **Ideación paranoide (PA):** correlación negativa con tamaño del efecto entre típico y más grande que el típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.39$, $p=0.012$), **MASC emociones** ($r_{xy}=-0.37$, $p=0.017$), **ToM afectiva** ($r_{xy}=-0.34$, $p=0.031$), y **MASC calientes** ($r_{xy}=-0.36$, $p=0.022$). Correlación positiva con el mismo tamaño del efecto en **ToM ausencia** ($r_{xy}=0.42$, $p=0.006$).
- **Psicoticismo:** correlación negativa con tamaño del efecto entre típico y más grande que el típico en **ToM correcta** ($r_{xy}=-0.40$, $p=0.009$), **MASC intenciones** ($r_{xy}=-0.31$, $p=0.046$), **ToM cognitiva** ($r_{xy}=-0.35$, $p=0.023$), **MASC cognitiva** ($r_{xy}=-0.33$, $p=0.030$), y **MASC frías** ($r_{xy}=-0.31$, $p=0.046$). Correlación positiva con tamaño del efecto más grande que el típico en **ToM exceso** ($r_{xy}=0.48$, $p=0.003$). En el caso de las escalas **MASC calientes** ($r_{xy}=-0.30$, $p=0.052$) y **ToM ausencia** ($r_{xy}=0.30$, $p=0.056$) las correlaciones obtenidas, negativa en el primer caso y positiva en el segundo, no alcanzan la significación, pero indican tendencias que pueden ser tenidas en consideración.

Tabla 26. Correlaciones significativas entre dimensiones sintomáticas y categorías MASC

	DIMENSIONES SINTOMÁTICAS					
	OBS	SI	DEP	FOB	PAR	PSIC
ToM correcta	---	-0.34*	---	-0.40**	-0.39*	-0.40**
MASC emociones	---	---	---	-0.32*	-0.37*	---
MASC pensamientos	-0.34*	---	---	---	---	---
MASC intenciones	---	-0.34*	---	---	---	-0.31*
ToM exceso	0.33*	0.40**	0.31*	---	---	0.48**
ToM ausencia	---	---	---	0.30 ^t	0.42**	0.30 ^t
ToM cognitiva	---	-0.34*	---	---	---	-0.35*
ToM afectiva	---	---	---	-0.32*	-0.34*	---
MASC cognitiva	-0.30 ^t	-0.35*	---	-0.31*	---	-0.33*
MASC calientes	---	---	---	-0.36*	-0.36*	-0.30 ^t
MASC frias	---	---	---	---	---	-0.31*

N=42

OBS=obsesividad; SI=sensibilidad interpersonal; DEP=depresión; FOB=fobia; PAR=ideación paranoide; PSIC=psicoticismo.

*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral). **Correlación significativa al nivel 0.01 (bilateral).

^tTendencia que no alcanza la significación estadística.

9.5.Cognición Social y Maltrato en la infancia

Cuando estudiamos la relación entre las diferentes categorías de la CS y el maltrato en la infancia observamos, previamente, que las escalas de maltrato no presentan una distribución normal sino marcadamente asimétrica. Por este motivo, realizamos una correlación con técnicas no paramétricas, en concreto, se utiliza el coeficiente de correlación de *Spearman*. Se obtienen los siguientes resultados significativos (tabla 27):

- **Maltrato global (CTQ total):** correlación negativa con tamaño del efecto típico en **ToM cognitiva** ($\rho=-0.31$, $p=0.039$).
- **Negligencia Física (NF):** correlación positiva con tamaño del efecto típico en **ToM ausencia** ($\rho=0.30$, $p=0.043$).
- **Abuso sexual (AS):** la correlación obtenida con **ToM cognitiva** no alcanza la significación estadística con el criterio del 5%, pero indica una tendencia relevante que podría ser significativa en muestra de mayor tamaño ($\rho=-0.29$, $p=0.052$).

Tabla 27. Correlaciones significativas entre maltrato y MASC

	<i>MALTRATO</i>		
	CTQ total	Abuso sexual	Negligencia Física
ToMausencia	---	---	0.30*
ToM cognitiva	-0.31*	-0.29 ^t	---

N=45

*Correlación significativa al nivel 0.05 (bilateral). ^tTendencia que no alcanza la significación estadística.

9.6. Modelo predictivo de la Cognición Social

Para determinar las variables que presentan una mayor capacidad predictiva de la CS en general y de la hipermentalización en particular, planteamos un modelo de regresión lineal múltiple por pasos. En concreto, mediante dicho modelo se ha propuesto ajustar la **ToM correcta**, por un lado, y la **hipermentalización** por otro, tomando como posibles predictores las variables de sintomatología (**DIB cognitiva**), psicopatología (**SI y PSIC**) y maltrato (**CTQ total**). Las variables de sintomatología y psicopatología han sido escogidas por ser las que han presentado correlaciones más altas con la CS. El motivo por el cual el maltrato ha sido propuesto como posible variable predictiva es, más bien,

por su fundamento teórico y la literatura revisada, y no tanto por las asociaciones encontradas en nuestro estudio que, probablemente, se han visto limitadas por los tamaños muestrales.

Los modelos de regresión obtenidos, que se muestran en las tablas 28 y 29, indican que, en el caso de la **ToM correcta** el único predictor significativo es el **área cognitiva de la DIB-R**, que permite explicar un 26,4% de la variabilidad observada en las puntuaciones de la ToM correcta (R^2 ajustado=0.264; $F_{(1,39)}= 15.38$; $p<0.001$). Así pues, las variables de psicopatología general y de maltrato no se incluyen en el modelo porque no aportan capacidad predictiva adicional a la que tendría por sí sola el área cognitiva de la DIB-R, como indican las bajas correlaciones parciales que muestran ($r<0.20$).

En el caso de la **hipermentalización**, también se ha obtenido únicamente un predictor significativo, que en este caso ha sido la variable **psicoticismo**, que conseguiría explicar un 20.8% de la variabilidad observada en los errores de hipermentalización (R^2 ajustado=0.208; $F_{(1,39)}=11.51$; $p=0.002$). Han quedado excluidas del modelo la DIB cognitiva, la otra variable de psicopatología general (SI) y el maltrato, puesto que su inclusión no mejoraría la capacidad predictiva del modelo.

Tabla 28. Modelo de regresión lineal para predecir la cognición social correcta a partir de la cognición

Criterio	Predictor	R^2 ajustado	Coeficientes no estandarizados		Valores t
Cognición Social correcta	Área cognitiva	0.264 $F=15.38$ ($p<0.001$)	Constante	32.13	30.30 ($p<0.001$)
			Pendiente	-1.11	-3.92 ($p<0.001$)

Tabla 29. Modelo de regresión lineal para predecir la hipermentalización a partir del psicoticismo

Criterio	Predictor	R² ajustado	Coefficientes no estandarizados		Valores t
Hipermentalización	Psicoticismo	0.208	Constante	5.32	6.05 (p<0.001)
		F=11.51 (p=0.002)	Pendiente	1.73	3.39 (p=0.002)

A continuación, para finalizar, se presentan las ecuaciones de regresión obtenidas a partir de los coeficientes significativos (constante y pendiente):

- **ToM correcta pronosticada**= 32.13 - 1.11*DIB cognitiva
- **Hipermentalización pronosticada**= 5.32+ 1.73*PSIC

10. Discusión

10.1. Cognición Social en el TLP en comparación con grupo control

Consideramos muy importante iniciar la discusión de nuestro estudio clínico comparando el funcionamiento de la CS en una muestra de mujeres con TLP (grupo clínico) y una muestra de mujeres sanas (grupo control). Este primer análisis nos permite acercarnos de modo más amplio al funcionamiento de la CS en el TLP y poder analizar con detalle nuestros resultados con los estudios publicados hasta el momento. Lo esperable, tal y cómo hemos planteado en las primeras sub-hipótesis es que el grupo clínico tenga peor CS (menores puntuaciones en ToM correcta) y mayores errores por hipermentalización (mayores puntuaciones en ToM exceso) que el grupo control. Por otro lado, también esperábamos que la muestra clínica cometiera peores atribuciones de los EM en las categorías que incluyan emociones más intensas (emociones calientes) (MASC calientes). Para finalizar, consideramos que la muestra clínica obtendría peores atribuciones de los EM en aquellos ítems que los atribuyan a través de claves perceptivas en comparación con grupo control

Hipótesis 1. Las mujeres con TLP presentan mayor número de errores en la CS en comparación con grupo control,

Hipótesis 1a (primera parte). Las mujeres con TLP tendrán peor CS que el grupo control.

Los datos obtenidos en nuestro estudio, nos permiten afirmar que las mujeres con TLP manifiestan una peor CS en general (esto es, menores puntuaciones en ToM correctas) y mayores errores por hipermentalización (puntuaciones más altas en ToM exceso) que el grupo control. Estos datos se han obtenido evaluando a los sujetos con una

prueba de elevada validez ecológica, esto es, en una situación o situaciones cercanas a la vida real.

Estos datos, coinciden en gran medida con los que hemos visto en la revisión bibliográfica realizada sobre el tema. Esta coincidencia valora, sin duda, nuestros resultados. En este sentido, los estudios que evalúan CS con medidas altamente ecológicas, la mayoría de los resultados van en la misma línea que los nuestros. Concretamente, nos paramos ahora a ver aquellos estudios que se interesan por las habilidades de la CS en general.

Nuestro interés por evaluar las habilidades en tareas más cercanas a la vida real, se vio reforzado cuando observamos que al aumentar la complejidad en las tareas, por ejemplo a la hora de estudiar el reconocimiento facial (Dyck et al., 2009; Minzenberg et al., 2006), las dificultades en las habilidades cognitivo-sociales de los pacientes límite se hacen más evidentes.

En la mayoría de estos estudios se observa de manera consistente las deficiencias que presentan los pacientes con TLP en el funcionamiento de la CS cuando lo comparan con grupo control (Goueli et al., 2019; Németh et al., 2018; Preißler et al., 2010; Ritter et al., 2011; Sharp et al., 2011; Somma et al., 2019). Así fue Preißler (Preißler et al., 2010) el primero en utilizar un instrumento altamente validado ecológicamente, la MASC, para estudiar la CS en TLP, obteniendo peor CS en la muestra de límites en comparación con la control (no obtuvo diferencias significativas utilizando la RMET). Este resultado se repite en otras investigaciones como las realizadas con población adulta como el estudio de Ritter (Ritter et al., 2011) y las realizadas con adolescentes como el estudio de Sharp (Sharp et al., 2011), el de Quek (Quek et al., 2018), el de Somma (Somma et al., 2019) y el de Goueli (Goueli et al., 2019). Los resultados de estos estudios apoyan la noción de

que los pacientes con TLP tienen déficits en la CS en tareas más ecológicamente válidas, cuando se comparan con grupo control.

Sin embargo, en nuestra revisión bibliográfica, también encontramos algunos estudios que no respaldan nuestros resultados.

La mayoría de estudios en los que no se obtienen diferencias en la CS entre muestra con TLP y muestra control, son aquellos que utilizan tareas con escasa validez ecológica (como, por ejemplo, pruebas proyectivas, técnicas de observación o de autoinforme). Concretamente, vemos que en determinados estudios lo que se obtiene es que los pacientes límite, o bien no presentan diferencias con grupo control en su CS o, incluso, presentan mejores habilidades cognitivas sociales (Arntz et al., 2009; Fertuck et al., 2009; Frank & Hoffman, 1986; Frick et al., 2012; Ghiassi et al., 2010; Ladisich & Feil, 1988; Lerner & Peter, 1984; Schilling et al., 2012; Westen, 1991b; Westen, Ludolph, Lerner, Ruffins, & Wiss, 1990). Más en detalle, los primeros estudios sobre CS en el TLP que utilizaban tests proyectivos (Segal et al., 1992; Westen, 1991a; Westen, Lohr, et al., 1990) observaban que los pacientes límite presentaban un desarrollo cognitivo avanzado de las intenciones de los demás. Además, observaciones clínicas (Krohn, 1974) y estudios empíricos tempranos (Frank & Hoffman, 1986; Ladisich & Feil, 1988) se interesaron en estudiar la precisión de inferir estados emocionales en otros, observando una mejor precisión a la hora de atribuir estados mentales en los demás (Frank & Hoffman, 1986; Ladisich & Feil, 1988). Estos resultados les llevaron a acuñar el término “*empatía borderline*” (Dinsdale & Crespi, 2013) que se refiere a la empatía cognitiva aumentada en TLP. Estos resultados empezaron a no mantenerse cuando se empezaron a utilizar tareas más complejas (Flury et al., 2008) y se vio que no se mantenía este alto rendimiento de la CS en los pacientes con TLP. A la vez, otros autores se interesaron por

estudiar la CS a través de pruebas de autoinforme (Arntz et al., 2009; Harari et al., 2010; Schilling et al., 2012) manteniéndose los resultados inconsistentes.

Así mismo, encontramos algunos estudios que, a pesar de haber utilizado pruebas con elevada validez ecológica, presentan resultados contradictorios. En el estudio de Vaskinn et al., (Vaskinn et al., 2015) a pesar de que sí se observan diferencias entre la ToM correcta entre pacientes TLP y controles, estas diferencias no son significativas. Los autores argumentan que puede que sea debido a la neutralidad de la prueba y, por lo tanto, la escasa activación emocional que puede suponer en su muestra de TLP, o bien, debido a que no se tiene en cuenta la variable maltrato. Además este es un estudio que va muy enfocado a estudiar las relaciones entre la ToM entre población con TLP y con SC, y no tanto específicamente con TLP. Normann-Eide et al., (Normann-Eide et al., 2020) siguiendo el argumento de la neutralidad de la prueba, justifican el hecho de que no aparezcan diferencias significativas en la variable ToM correcta (aunque, como en el caso anterior, sí aparecen errores por hipermentalización como después comentaremos). Este fenómeno también lo observamos en el estudio de Duque-Alarcón (Duque-Alarcón et al., 2019) quienes únicamente observan diferencias en la variable discutida (ToM correcta) cuando se tiene en cuenta la variable maltrato.

Por lo tanto, y en líneas generales, podemos afirmar que cuando se utilizan pruebas que se asemejan a la vida real, como la MASC, se ponen en evidencia las dificultades cognitivas sociales en las pacientes límite al compararlas con un grupo control. Se podría decir, sin duda, que los pacientes con TLP se caracterizan por una capacidad alterada para hacer suposiciones apropiadas sobre los estados mentales de otras personas (Fonagy et al., 2017; New et al., 2012; Normann-Eide et al., 2020). Sin embargo, el hecho de que esto no ocurra en todos los estudios que utilizan tareas altamente ecológicas, seguramente es debido a las limitaciones propias de los mismos, concretamente en que utilizan

muestras muy pequeñas (< de 20 sujetos), y que no tienen en cuenta variables importantes o incluso excluyen a pacientes que presentan determinadas características (por ejemplo, haber sufrido maltrato). Este conjunto de limitaciones, hace que debamos tener especial cuidado con estos resultados obtenidos.

Por todo lo estudiado, sabemos que un alto porcentaje de pacientes límite presentan historia de malos tratos durante su infancia, lo que influye en su estilo de apego (altos porcentajes de apego inseguro ambivalente o desorganizado) y también sabemos que todo esto repercute en sus habilidades cognitivo-sociales. El hecho de que se alteren estas habilidades se relaciona, probablemente, con afectaciones en el área cognitiva y emocional de estas pacientes. Es muy probable que les esté generando una hipersensibilidad, suspicacia, desconfianza (típica de las pacientes TLP), además de un alto sentimiento de vacío e incomprensión, todo lo cual se acompaña de una dificultad incrementada para regular sus emociones y una marcada disregulación emocional. A su vez, esto les “facilita” el camino hacia las alteraciones conductuales e impulsivas típicas del TLP y, a la vez, a las graves dificultades interpersonales que sufren estas pacientes, entre otras afectaciones. En cualquier caso, hay que señalar que en los pacientes con TLP toda esta sintomatología está interrelacionada, y una se retroalimenta de la otra, además que hay otros factores que influyen en toda esta sintomatología, como es el temperamento y determinados determinantes biológicos que aún se están estudiando.

Hipótesis 1a (segunda parte). Las mujeres con TLP tienen mayor hipermentalización que el grupo control

De acuerdo con los datos obtenidos en nuestro estudio, vemos que las mujeres con TLP presentan puntuaciones más elevadas en los errores por hipermentalización que el

grupo control (habilidad de realizar inferencias erróneas por exceso o de usar estrategias inusuales para atribuir EM).

Está ampliamente estudiado y demostrado que, en el TLP el error más común a la hora de atribuir EM, es la hipermentalización. Los primeros trabajos que se interesan por estudiar este tipo de errores son los realizados con población adolescente con rasgos límite por Sharp et al., (Sharp et al., 2013, 2011). Así en su primer estudio del 2011 Sharp et al., (Sharp et al., 2011) obtuvieron elevados errores en la CS general y por hipermentalización, en particular, sugiriendo que la disfunción de la CS que es más evidente en los pacientes con TLP es la hipermentalización. En un estudio posterior, Sharp et al., (Sharp et al., 2013) volvieron a mostrar una relación entre los adolescentes con TLP (contra los que no cumplían criterios de TLP) y la hipermentalización, observando una relación entre disminución de la hipermentalización y mejora en la sintomatología límite. Así, llegan a sugerir que la hipermentalización es específica del TLP más que la patología del estado de ánimo, la ansiedad o de la conducta. También en el estudio de Quek et al., (Quek et al., 2018) los adolescentes cometen mayores errores por hipermentalización que el grupo control. Estos resultados se ven reflejados también en el estudio de Goueli et al., (Goueli et al., 2019) quienes obtienen que los adolescentes con TLP presentan mayores errores por hipermentalización y, además, evidenciaron que la intensidad de los déficits en la CS se relaciona con algunos síntomas específicos del TLP como impulsividad, vacío, patrón relacional y estados cuasi-psicóticos. En el estudio de Somma et al. (Somma et al., 2019), se interesan por replicar los estudios de Sharp (Sharp et al., 2013). Sus datos muestran que la hipermentalización y el desempeño general de la CS discriminan de manera significativa y sustancial a los adolescentes con TLP de los adolescentes sin TLP.

En esta misma línea, hallamos el primer estudio en el que se replican estos resultados con muestra adulta de pacientes con TLP. Así, los resultados en el estudio de Vaskinn et al., (Vaskinn et al., 2015) sugieren que las mujeres con TLP no cometen errores muy significativos al interpretar los pensamientos, las emociones y las intenciones de los demás, pero cuando lo hacen, cometen errores por hipermentalización. Estos mismos resultados fueron obtenidos por Andreou et al., (Andreou et al., 2015) quienes añadieron un resultado novedoso al obtener que el predictor más importante para la hipermentalización era el exceso de confianza en los errores. En el recientemente publicado trabajo de Normann-Eide et al., (Normann-Eide et al., 2020) vuelven a obtener que los errores más comunes en los pacientes adultos con TLP es la hipermentalización. En otro estudio reciente, el de Kvarstein et al., (Kvarstein et al., 2020), en el que únicamente trabajan con una muestra de pacientes con TLP (y no con muestra control como en los anteriores estudios) también observan que es la hipermentalización el error más frecuente en la muestra global de pacientes, a pesar de que estos errores no influyen significativamente ni en el curso de la terapia ni en la alianza terapéutica.

Hay que señalar, no obstante, que encontramos un estudio, el de Duque-Alarcón et al., (Duque-Alarcón et al., 2019) en que no se hallan diferencias significativas en ninguna de las variables de la MASC evaluadas entre la población adulta con TLP y el grupo control. Debemos tener en cuenta el pequeño tamaño de la muestra con el que trabajan ($n < 20$). Además, a pesar de no haber encontrado niveles más altos de hipermentalización en la muestra de pacientes sí que argumentan que uno de sus resultados obtenidos podría relacionarse con esto. Así, cuando estudian la conectividad cerebral observan una correlación significativa positiva entre la subdimensión de AS y la conectividad en el circuito de recompensa. Con este resultado, y partiendo de la idea que defienden otros estudios de la relación entre la hiperconectividad en este circuito con la

presencia de síntomas psicóticos, hipotetizan que este hallazgo podría explicar la tendencia hacia la hipermentalización propia de los pacientes con TLP.

Lo que sí podemos afirmar es que en todos los estudios publicados cuando la CS es evaluada con una prueba altamente ecológica y cercana a la vida real, las pacientes con TLP presentan errores significativos en la CS, concretamente, en forma de hipermentalización. Recordemos que la hipermentalización implica hacer suposiciones sobre los EM de otros que van mucho más allá de los datos observables, esto es, se atribuye un EM a través de inferencias erróneas por exceso. Lo que les suele ocurrir, por lo tanto, a las pacientes con TLP es que cuando tienen que comprender una situación social determinada o una interacción particular entre dos o más personas, tienden a basarse en determinados supuestos que, normalmente, están relacionados con su propia historia de vida (que, como ya hemos estudiado suele ser compleja y con vivencias altamente estresantes) y poco tiene que ver con esa situación en particular. Es posible que la CS de estas pacientes se vea comprometida, especialmente, en situaciones interpersonales que suponen la activación del apego, con la consecuente activación emocional y las consecuentes fallas en su capacidad de mentalización, incurriendo, por tanto, en los errores en la CS aquí descritos y mostrados.

Así mismo, estos errores por hipermentalización que indican interpretaciones sociales exageradas, podrían generar que las pacientes con TLP estén relacionalmente hipervigilantes. Esta hipervigilancia, puede interferir con la capacidad de regular las emociones dentro de un contexto interpersonal, lo que puede influir, a la vez, en los problemas relacionales, de disregulación emocional y conductuales (en forma de impulsividad) propios del TLP. Problemas que están en constante reatralimentación entre ellos, generando los desajustes y las disfuncionalidades propias del paciente con TLP. Además, esta hipervigilancia puede generar que las pacientes con TLP sean

especialmente vulnerables en las relaciones cercanas, equilibrando la necesidad de apego social con el miedo al rechazo que fácilmente se activa. Todo lo cual va a generar malas interpretaciones interpersonales, conflictos repetidos y relaciones inestables.

Esta reflexión acerca de la hipermentalización podemos relacionarla, a la vez, con otros resultados que hemos obtenido en nuestro estudio al comparar el grupo clínico con el control. Es curioso observar que en los estudios que utilizan la MASC para evaluar la CS y, en concreto los errores en la CS, no se miden otras categorías que pudieran ayudar a una más amplia comprensión de estos errores. Sin embargo, y por este motivo, en nuestro estudio sí que hemos considerado importante incluir otras categorías, por ejemplo, evaluar la capacidad de atribuir EM a través de sentimientos, pensamientos e intenciones. Esto nos ha permitido observar que en nuestro grupo de pacientes también ocurren errores a la hora de atribuir intenciones en los demás. El hecho de cometer fallas en la intencionalidad de los demás, especialmente en situaciones de la vida real, consideramos que está muy relacionado con la tendencia a hipermentalizar los EM mentales de los demás, cuya explicación y reflexión hemos realizado anteriormente. Toda esta suma de resultados hace se fortalezca la relación entre hipermentalización y TLP.

Hipótesis 1b. Las mujeres con TLP presentarán mayores errores en la CS cuando se basen en claves externas y en emociones calientes.

De acuerdo con los datos obtenidos en nuestro trabajo, podemos afirmar que las mujeres con TLP cometen más errores que el grupo control, al atribuir EM, cuando lo hacen a través de claves externas (observables) y a través de emociones calientes. Dicha información, se obtuvo mediante evaluación con una prueba con elevada validez ecológica, esto es, en una situación o situaciones cercanas a la vida real.

Hasta la fecha, no hemos encontrado estudios publicados que utilicen pruebas con elevada validez ecológica como la que hemos utilizado en nuestro estudio para medir el tipo de claves que utilizan los sujetos para atribuir EM y/o diferenciar entre ítems de contenido más puramente emocional que cognitivo. En la MASC estas variables están en fase de experimentación, sin embargo, las hemos utilizado en nuestro estudio obteniendo los resultados esperables siguiendo la base teórica de este trabajo.

Si revisamos los estudios que utilizan claves externas o el contenido de la emoción para atribuir los EM, encontramos inconsistencias importantes en sus resultados. Estos estudios son aquellos que, para evaluar el EM, normalmente identificar la emoción, lo hacen o bien a través de imágenes estáticas completas (MET) o bien de expresiones faciales (tareas de reconocimiento facial emocional), o bien exclusivamente a través de la mirada (los ojos) (RMET). Un patrón que hemos visto al revisar estos estudios es que a medida que la complejidad de la tarea aumenta y se aleja más de situaciones de “laboratorio” las pacientes límite presentan mayores deficiencias en su CS.

Así vemos, en la línea de nuestros resultados, que cuando las pruebas que se utilizan presentan mayor complejidad, los sujetos con TLP rinden peor en la CS. Así, en el estudio de Meyer et al., (Meyer & Morey, 2015) que utilizaron una tarea expandida de percepción de la expresión facial utilizando estímulos faciales de los conjuntos de estímulos del RMET y de otras pruebas de reconocimiento facial se encuentra un déficit en la identificación de EM negativos específicos en individuos con TLP. Hay otros estudios en que utilizan tareas de reconocimiento facial emocional más complejas, por ejemplo el de Daros et al., (Daros, Uliaszek, & Ruocco, 2014) en el que se aumenta la complejidad de la tarea evaluando no solo la identificación de la expresión emocional, sino la intensidad emocional que presenta la imagen que se presenta. Se obtiene que los sujetos con TLP a diferencia del grupo control, mostraron mayores dificultades para

reconocer expresiones faciales neutrales (sin emoción) y levemente tristes, pues tendían a percibir mal rostros levemente tristes como más intensamente tristes (a diferencia de los control que no percibían emociones en estos rostros). En otras palabras, cometían mayores errores en su CS. En la misma línea van los resultados del estudio de Gulamani et al., (Gulamani, Rodrigo, Uliaszek, & Ruocco, 2021) quienes encontraron atribuciones erróneas de emociones en caras neutras en la muestra con TLP (en comparación con grupo control). Se observa un fenómeno similar en tareas de reconocimiento facial de emociones más complejas como en el estudio de Dyck et al., (Dyck et al., 2009) que establecen límites de tiempo para reconocer las emociones o en el de Minzenberg et al., (Minzenberg et al., 2006) en que se facilita información prosódica adicional. En ambos estudios aparecen mayores tasas de error en comparación con grupos control. En los estudios que utilizan la tarea MET se obtuvo, nuevamente, fallos a la hora de atribuir EM a través de claves observables, puesto que a través de lo visualizado en la foto que se presenta, tienen que atribuir la emoción que está sintiendo la persona de la foto, y se observan déficits marcados en esta habilidad, que ellos enmarcan dentro de la empatía cognitiva. A la vez, se observa que cuando las imágenes presentadas contienen elevada angustia emocional tienden a cometer mayores fallos en su CS. Todos estos hallazgos podrían indicar que los pacientes con TLP muestran deficiencias en la empatía cognitiva principalmente en tareas complejas o con mayor validez ecológica (Roepke et al., 2012) tal y cómo hemos obtenido nosotros en nuestro estudio.

En contra de esto, encontramos otros estudios que defienden y argumentan que los pacientes con TLP pueden ser muy sensibles a las expresiones faciales (claves externas) e identificar con mejor precisión aquellas expresiones faciales con contenido emocional negativo o desagradable. De hecho, en algunos estudios sobre la sensibilidad a las pistas visuales relacionadas con estados emocionales, los sujetos con TLP superan a

los que no lo padecen o no se obtienen diferencias entre ellos (Bateman & Fonagy, 2016). Así, encontramos estudios que no identifican diferencias entre ambos grupos al utilizar el RMET (Baez et al., 2015; Berenson et al., 2018; Ghiassi et al., 2010; Preißler et al., 2010; Schilling et al., 2012). Y otros que, utilizando el mismo instrumento, informan de una mejor capacidad de CS en sujetos con TLP en comparación con grupos control, por ejemplo, Fertuck et al., (Fertuck et al., 2009) encontraron un rendimiento mejorado del RMET en TLP en todos los EM y, Frick et al., (Frick et al., 2012) lo encontraron para EM negativos y positivos (pero no neutrales). Siguiendo con el uso del RMET, Scott et al., (Scott et al., 2011) indicaron que los sujetos con alto TLP tuvieron un mejor desempeño para los estímulos negativos en comparación con el grupo con bajo TLP y demostraron un sesgo de respuesta para atribuir EM negativos a estímulos faciales. A la vez, en el estudio con adolescentes con TLP, Fossati et al., (Fossati et al., 2018) observan diferencias entre alto TLP y bajo TLP con peores puntuaciones en CS en los altos. Finalmente, en el meta-análisis de Németh et al (Németh et al., 2018) encontraron con los resultados en el RMET una ligera tendencia mejorada en los pacientes con TLP frente a controles cuando se evaluaron estímulos con valencia negativa.

Una vez revisada la bibliografía publicada con respecto al tema discutido, a nivel clínico, y siguiendo el modelo teórico de la mentalización, en los pacientes con TLP se observa una hipersensibilidad a las señales externas, por ejemplo, a las expresiones faciales o a la postura corporal, especialmente en aquellas que son más intensas a nivel emocional. Esto lleva a la falsa impresión a los terapeutas de que nuestros pacientes con TLP son perspicaces a la hora de atribuir EM y se cree que son mejores que la media en la lectura de la mente (lo ya explicado anteriormente como “*empatía borderline*”). Pero no podemos olvidarnos de que ese foco en los aspectos externos del otro suele ir acompañado de un pobre acceso a la experiencia subjetiva de los otros, es decir, dificultad

para tener presente todo el contenido no observable que ocurre en el contexto de una interacción interpersonal. Esta situación suele generar alta inseguridad en la persona que está afectada de TLP, buscando de manera desesperada pistas externas que le ayuden a comprender la situación, lo que fácilmente puede conllevar el salto a una conclusión acerca de lo que está sintiendo la otra persona fijándose únicamente en la observación de su propia conducta y de las reacciones observables del otro (claves externas o perceptivas). El hecho de enfocarse en lo externo puede hacer que el individuo con TLP sea incapaz de efectuar valoraciones precisas de los EM de los demás basándose solamente en juicios superficiales (expresión facial, movimiento ocular o tono de voz). A la vez, que sea extremadamente vulnerable a la conducta observable de los demás, pudiendo generar, a la vez, un estado de hipervigilancia constante en el hacer del otro, con la consecuente activación emocional y las fallas en la mentalización. En ausencia de mentalización, focalizarse en las características externas puede hacer que la persona sea altamente vulnerable al contexto social, dado que genera un estado de hipersensibilidad interpersonal (tal como lo definen Gunderson y Lyons et al., (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). Recordemos que esta hipersensibilidad hace referencia a una combinación de factores que incluyen el miedo al abandono, la sensibilidad al rechazo y la intolerancia a la soledad. Esta sintomatología, junto con factores estresantes disfuncionales (normalmente, condiciones de crianza inadecuadas o estresores tardíos) puede dar lugar, entre otros estresores, a disfuncionalidades en el estilo de apego y generar las alteraciones prototípicas del TLP como son la disfuncionalidad relacional, afectiva y conductual.

El hecho en concreto de que las pacientes límite cometan mayores errores en la atribución de sus EM cuando su contenido es más intenso a nivel emocional, podemos explicarlo por el mismo proceso aquí descrito y da sentido a lo obtenido en nuestro trabajo. Así, una posible explicación tiene que ver con la hipersensibilidad que presentan

estas pacientes (relacionado con su propia historia vital) que genera que, incluso en situaciones interpersonales neutras, tiendan a percibir las emociones negativas (tristeza, enfado, hostilidad, rechazo, etc..) de manera más intensa. Esto, seguramente, tiene que ver con la activación del apego en estas situaciones, generando un aumento de la activación emocional lo cual conlleva un bloqueo de la mentalización con las fallas propias de la misma en situaciones interpersonales que pudieran, incluso, ser neutras. Este bloqueo de la capacidad reflexiva de la mentalización y la tendencia a atribuir los EM a través del contenido afectivo (y no tanto cognitivo) conlleva que estas pacientes se vean afectadas por emociones abrumadoras disregularizadas que pueden llegar a dominar la conducta, y facilitar el camino hacia conductas de tipo impulsivo y conflictos interpersonales. El hecho de que las pacientes estén “dominadas” por una mentalización más afectiva y alejada de las estrategias cognitivas (que son aquellas que nos permiten distinguir entre nuestros sentimientos y la realidad) pueden allanar el camino hacia una hipersensibilidad hacia los estímulos emocionales. Esto puede generar que, en un contexto relacional, se produzcan experiencias abrumadoras de contagio emocional las cuales bloquean la capacidad de mentalizar de la persona afectada de TLP. A la vez, les lleva a atribuir EM equivocados y alejados de la situación real, esto es, EM alimentados por sus propias dificultades con el estrés asociado hacia sí mismos, especialmente, ante situaciones que conlleven tristeza o dolor o enfado de los demás.

10.2. Cognición Social y severidad de la sintomatología límite

Hipótesis 2: La mayor severidad de la sintomatología límite global se asocia con peor funcionamiento de la CS, mayores errores por hipermentalización y mayores errores a la hora de atribuir EM a través de claves externas y emociones calientes.

Una vez evaluado el funcionamiento de la CS en la muestra de mujeres con TLP en comparación con el grupo control, pasamos a profundizar y entrar en detalle en el estudio de las habilidades cognitivas sociales de las mujeres con TLP. La segunda de nuestras hipótesis implica la probable asociación entre la sintomatología límite y la CS. Para ello, evaluamos con la DIB-R, al grupo clínico, mujeres con TLP para obtener información detallada sobre la intensidad de la sintomatología límite y su área o áreas afectadas relativas a los síntomas en cuanto afectiva, cognitiva, impulsiva o interpersonal. Con esta evaluación estudiamos la correlación entre las variables de la DIB-R y las variables de la MASC.

Teniendo en cuenta toda la información que hemos aportado en nuestra revisión bibliográfica sobre el tema, podemos decir que nuestro estudio es el primero en analizar el funcionamiento de la CS en el TLP en población adulta relacionando la intensidad de la sintomatología límite con una medida de la CS altamente ecológica (MASC).

Hemos considerado importante para realizar nuestro análisis, revisar algunos estudios publicados que para medir la CS lo hacen con pruebas de alta validez ecológica. Además, nos interesa saber los instrumentos que utilizan para evaluar el TLP, con tal de ver si encontramos estudios que relacionen la intensidad del TLP con la CS (desde un punto de vista dimensional y no categorial). En todos los estudios revisados vemos que, aunque algunos usen instrumentos que permiten la interpretación dimensional del TLP, en todos ellos se realiza de manera categorial dicotómica (si/no). Por ejemplo usan instrumentos como la SCID-II (Andreou et al., 2015; Fossati et al., 2017; Goueli et al., 2019; Normann-Eide et al., 2020; Vaskinn et al., 2015) o el BPFSC (*Borderline Personality Features Scale for Children*) (Quek et al., 2018; Sharp et al., 2013, 2011) o el BSL (*Borderline Symptoms List*) (Andreou et al., 2015; Kvarstein et al., 2020; Preißler et al., 2010), entre otros. Este acercamiento al estudio del TLP desde una perspectiva

global genera muchas limitaciones a la hora de comprender con mayor detalle las dificultades específicas en la CS de los pacientes con TLP. Así, la mayoría de estudios publicados, no tienen en cuenta la heterogeneidad dentro del trastorno en sí mismo (Trull & Durrett, 2005). Por este motivo, entre otros, hemos realizado este estudio en el que establecemos que:

Hipótesis 2 (primera parte). A mayor severidad de sintomatología límite global peor funcionamiento de la CS en general y mayores errores por hipermentalización

De acuerdo con los datos obtenidos en nuestro trabajo, podemos afirmar que a medida que la sintomatología de las mujeres con TLP es más severa, su funcionamiento en la CS empeora y cometen mayores errores por ausencia de mentalización. Esto lo hemos observado cuando la CS se mide con una prueba con alta validez ecológica, la MASC.

Por lo tanto, la primera parte de nuestra hipótesis se cumple de manera muy significativa. Esto va en la misma línea que lo defendido en la primera parte de nuestra discusión cuando hemos comparado población límite con grupo control, y hemos obtenido que la población límite presenta mayores errores en CS que el grupo control. Habría que destacar, además, que el estudio de Duque-Alarcón et al., (Duque-Alarcón et al., 2019) es el único encontrado que evalúa TLP y CS con los mismos instrumentos que nosotros. Obtiene que la mayor severidad del TLP (asociado a mayor presencia de maltrato en su infancia) se relaciona con peor funcionamiento de la CS en general. Estos datos van en la misma línea que los obtenidos anteriormente en el estudio de Preißler et al., (Preißler et al., 2010) quienes encontraron que la mayor severidad del TLP (mujeres

con TLP que estaban afectadas también por síntomas intrusivos del TEPT e historia de abuso sexual) incrementaba los problemas en CS.

En otros estudios con población adolescente, una mayor severidad de sintomatología límite implicó mayores déficits en CS (Goueli et al., 2019; Sharp et al., 2011).

En cuanto a la segunda parte de esta hipótesis, en la que proponíamos que a mayor severidad del TLP mayores errores por hipermentalización, hemos podido comprobar, que no se cumple en nuestro estudio. En él la mayor severidad del TLP se asocia a mayor ausencia de ToM. Este resultado está en concordancia con los obtenidos por Fossati et al., (Fossati et al., 2017) en el que, a diferencia de otros estudios, evalúan dimensionalmente los TP siguiendo los criterios del DSM-5 según Sección II, obteniendo una correlación positiva y significativa entre TLP y ausencia de ToM. Sin embargo, ningún rasgo de los evaluados con la PID-5 mostró correlaciones con esta dimensión de la CS. Una posible explicación que proponen los autores de este estudio (Fossati et al., 2017) es el hecho de que la muestra de TLP (de una media de 40 años) pueden estar en un momento evolutivo en el que estén menos afectados por síntomas de trastornos de conducta, argumento basado en la fuerte asociación entre TC e hipermentalización y entre TC y TLP. Este hallazgo podría explicar, al menos parcialmente, por qué en su estudio y quizás en el nuestro, no se obtiene una asociación significativa entre el TLP y la hipermentalización.

Otra posible explicación que nos parece de sumo interés es la posible relación que pudiera tener la severidad del TLP con la presencia de rasgos autísticos. Para argumentar esta idea tenemos que partir de nuestro resultado. Esto es, la mayor severidad del TLP se asocia a mayores errores por ToM ausencia. Recordemos que la variable de no

mentalización o ToM ausencia, hace referencia a una cognición concreta, por ej., atribuir causalidad en lugar de un EM. Recordemos, a la vez, que esta variable ha sido ampliamente demostrada como prototípica de los pacientes con TEA. A la vez, se ha investigado la asociación entre mayor severidad de algunos trastornos psiquiátricos (por ejemplo, en población con trastornos alimentarios (Nielsen et al., 2015) con rasgos autísticos.

Partiendo de estas ideas, una posible explicación a estos resultados es que, en nuestra muestra pacientes con TLP, la mayor severidad del trastorno esté influida por la presencia de rasgos autísticos que influyen en el aumento de la severidad del TLP. Siguiendo con esta idea, los estudios que investigan la comorbilidad entre el TEA y el TLP encuentran una prevalencia que oscila entre el 10 y el 15%, (Anckarsäter, 2006; Rydén & Bejerot, 2008) y una asociación con un funcionamiento más deficiente y con un mayor número de intentos de suicidio. En la misma línea, hemos encontrado un único trabajo que se interesa por estudiar la asociación entre los rasgos autísticos (no TEA propiamente) y el TLP. Los resultados que obtuvieron en este estudio mostraron que los pacientes con TLP tienen rasgos más autísticos que los individuos sanos. Además, se encontró que los niveles más altos de rasgos autistas en los pacientes con TLP se relacionaron con un historial mayor de abuso físico o sexual y con el suicidio (Dell'Osso et al., 2018).

Todo esto nos hace pensar que los resultados obtenidos, apoyan la idea de que la mayor severidad de la sintomatología límite, esto es, la mayor afectación de las áreas emocional, cognitiva, impulsiva e interpersonal, se relaciona con mayores errores por falta de mentalización. Esta severidad del TLP, puede a la vez, estar asociada por altos niveles de sintomatología traumática. Toda esta patología puede repercutir negativamente en la habilidad de mentalización, influyendo en un bloqueo de la misma, y una

incapacidad para atribuir EM en los demás en personas altamente traumatizadas. Estas personas pueden haber “aprendido” a fijarse únicamente en causalidades físicas y mostrar una incapacidad para atribuir EM, recordando, este funcionamiento, al prototípico de los pacientes con TEA. Por todo ello, creemos razonable poder investigar, en el futuro, qué dimensiones autistas está relacionadas con el TLP y qué relación existe entre la presencia de estos rasgos autistas y la mayor probabilidad de haber sufrido algún tipo de maltrato.

Hipótesis 2 (segunda parte). A mayor severidad de sintomatología límite global mayores errores a la hora de atribuir EM a través de claves externas y emociones calientes.

De acuerdo con los datos obtenidos en nuestro trabajo, vemos que, en contra de lo esperado, no se cumple la hipótesis planteada. Lo que si nos permiten afirmar nuestros resultados es que a medida que la severidad de la sintomatología límite aumenta, se cometen mayores errores en las áreas propiamente cognitivas, destacando las asociaciones altamente significativas, esto es, con MASC intenciones, ToM cognitiva y MASC frías.

Creemos que el resultado obtenido tiene que ver con lo anteriormente comentado, en el sentido de que a medida que aumenta la sintomatología límite, se da una mayor afectación en todas las áreas del TLP, disfuncionalidad que, a su vez, puede estar alimentada por rasgos autísticos. Estos factores, pueden explicar la ausencia de mentalización que hemos hallado en nuestro estudio. Lo que implica la no mentalización es el uso de estrategias cognitivas concretas (normalmente algún tipo de explicación no relacionada con el contexto relacional del momento) como, por ejemplo, atribuir causalidad en lugar de atribuir un EM.

Por lo tanto, estas pacientes que presentan mayor gravedad en su sintomatología puede que estén utilizando estrategias cognitivas inadecuadas para explicar determinadas situaciones relacionales. No pueden, en consecuencia, atribuir EM adecuadamente. Este resultado podría explicar el que aparezcan asociaciones significativas y negativas en aquellas categorías que utilizan la cognición para atribuir EM. Así, vemos que están más afectadas las variables que requieren el uso de habilidades cognitivas como la intencionalidad, la ToM cognitiva, el hecho de atribuir EM a través de claves cognitivas y los ítems que evalúan ítems no emocionales (o emociones frías)

10.3. Relación entre la Cognición Social y la sintomatología límite

Una vez evaluado el funcionamiento de la CS en la muestra de mujeres con TLP en comparación con el grupo control, y profundizado en los resultados acerca de cómo influye la severidad del TLP en la CS, nos ocuparemos a continuación de estudiar en detalle sí la afectación de las diferentes áreas en el TLP genera dificultades particulares en la CS.

Nuestro estudio es el primero en analizar en población adulta el funcionamiento de la CS en las diferentes áreas afectadas en el TLP (afectiva, cognitiva, impulsiva e interpersonal) con una medida de la CS altamente ecológica (MASC). Hasta el momento, se desconoce la especificidad de esta relación, por ello, el objetivo que aquí nos propusimos fue examinar de manera más detallada cómo las diferentes facetas del TLP se relacionan con dificultades específicas en la CS, objetivo que nos parece de sumo interés en este ámbito de la clínica.

En nuestro estudio, hemos considerado que son las facetas cognitiva y afectiva propias del TLP las que mayores relaciones tendrán con el funcionamiento de la CS. Así, descartamos de nuestras hipótesis la información que nos podrían dar las facetas

impulsiva e interpersonal. En cuanto a la impulsividad, consideramos que en la MASC no aparecen situaciones o escenas que pudieran relacionarse con esta variable y su posible influencia (o no) con aspectos propiamente de la CS. En cuanto a lo interpersonal, observamos que en la DIB-R se evalúa la faceta interpersonal desde un contenido más cercano a lo afectivo que a lo interpersonal propiamente (por ejemplo, al hacer referencia a los temores al rechazo o al abandono, a los sentimientos de disforia por sentirse solo o a valoraciones complejas de las terapias recibidas). Estos motivos nos llevaron a descartar *a priori* establecer hipótesis con estas dos variables.

Hipótesis 3a. Las mujeres con TLP que presenten elevadas puntuaciones en el área afectiva cometerán mayores errores a la hora de atribuir EM en función de la emoción

En los datos obtenidos en nuestro estudio no hemos hallado ninguna asociación entre la afectación del área afectiva y el funcionamiento de la CS. Debemos tener especial precaución con la información obtenida puesto que, como comentamos en el apartado de resultados, se da un efecto techo en las puntuaciones del área afectiva. Recordemos que el área afectiva mide sintomatología depresiva, irritabilidad, ansiedad y sentimientos de vacío. En nuestra muestra de pacientes con TLP la afectación de estas variables es alta o muy alta (más del 80% de la muestra obtiene puntuaciones máximas de 9 ó 10). Esto genera que haya escasa variabilidad en esta área. La falta de variabilidad puede provocar un efecto de atenuación del coeficiente de correlación, lo que deja en entredicho, y necesitado de más estudios con más pacientes y heterogeneidad de síntomas, el papel que juega en nuestra muestra de pacientes el componente afectivo del TLP en la CS.

3b. las mujeres con TLP que presenten elevada afectación de la cognición tendrán un peor funcionamiento de la CS, cometerán errores por hipermentalización y tendrán más afectadas las áreas que evalúan ToM desde el contenido cognitivo

Los resultados obtenidos en nuestro estudio nos permiten afirmar que las mujeres con TLP que presentan mayor afectación del área cognitiva manifiestan asociaciones muy significativas con una peor CS en general, mayores errores por hipermentalización y mayores dificultades a la hora de atribuir EM de contenido cognitivo. Dichos resultados pueden indicarnos que el componente cognitivo del TLP desempeña un papel especialmente influyente en las habilidades de CS, con más peso que el componente impulsivo e interpersonal aunque no quedando, como hemos mencionado, claro el papel que juega el componente afectivo. La amplia información obtenido gracias a la evaluación de las diferentes facetas del TLP, nos permite estudiarlo teniendo en cuenta su naturaleza heterogénea.

Recordemos que el área cognitiva de la DIB-R mide pensamientos alterados en forma de experiencias perceptuales infrecuentes y experiencias paranoides no delirantes, así como un procesamiento de la información con pensamientos casi psicóticos y auténticos pensamientos psicóticos. En la primera parte de este punto vamos a estudiar la asociación entre la afectación del área cognitiva (en general) con la CS. En la segunda parte, realizaremos un análisis más detallado de esta área, realizando un estudio comparativo entre los diferentes niveles de afectación de la cognición y el desempeño en la CS.

Hemos encontrado escasas publicaciones que se interesen por estudiar cómo influye la heterogeneidad propia del TLP en la CS. Teniendo en cuenta el papel destacado del área cognitiva en las personas afectadas de TLP (Németh et al., 2018; Sharp &

Vanwoerden, 2015), podemos señalar que las personas con mayor afectación en esta área, cometerán, a la vez, mayores errores en CS en general y en hipermentalización en particular. Estos dos puntos han sido ampliamente discutidos en el punto anterior (11.1.1).

En una línea coincidente con nuestros resultados podemos destacar el estudio realizado con población adulta con TLP de Preißler et al., (Preißler et al., 2010) y el realizado con población adolescente de Goueli et al., (Goueli et al., 2019). Así Preißler et al., (Preißler et al., 2010) evalúan la CS con la MASC. Utilizan el BSL para evaluar la sintomatología *borderline*. El BSL además de medir la puntuación total TLP, evalúa siete factores: autoimagen, regulación del afecto, autoagresión, distimia, aislamiento social, intrusiones y hostilidad. La variable de intrusiones refleja sintomatología TEPT (tipo pesadillas, incapacidad para borrar recuerdos, *flashbacks*, etc.). En su estudio analizaron si los síntomas específicos del TLP explican los déficits en las escalas MASC, hallando que la subescala de “intrusiones” podía ser un predictor importante para las alteraciones en MASC pensamientos. Partiendo de la idea de que las intrusiones pueden o suelen generar un bloqueo y una alteración de la cognición, la alteración de las intrusiones podemos asociarla a afectación de la faceta cognitiva. Sus resultados están en concordancia con los datos obtenidos en nuestro estudio. Por lo tanto, la afectación del área cognitiva (en forma de intrusiones en este caso) influye en alteraciones a la hora de atribuir pensamientos. Es probable que si los autores hubieran utilizado el resto de categorías que evalúa la MASC, probablemente hubiera salido afectadas también aquellas que evalúan aspectos cognitivos, en la línea de nuestros resultados.

Goueli et al., evalúan la CS con la MASC y el RMET (Goueli et al., 2019). El TLP lo evalúan con el BPQ [(*Borderline Personality questionnaire*; (Poreh et al., 2006)]. El BPQ está conformado por 9 subescalas: impulsividad, inestabilidad afectiva, abandono, relacional, autoimagen, suicidio/autolesiones, vacío, ira intensa y estados

cuasi-psicóticos. Obtienen que la impulsividad, vacío y los estados cuasi-psicóticos pueden estar asociados a diferentes errores en la CS. Nos paramos a explorar los resultados con el área de estados cuasi-psicóticos (se evalúan como episodios de despersonalización, lectura de mente o auto-referencialidad), por considerarla más cercana al área cognitiva de la DIB-R. Esta faceta se asoció negativamente con la CS medida a través del RMET, pero no halló asociaciones significativas con la MASC. Sin embargo, sabemos de las altas correlaciones entre puntuaciones en RMET y el ToM correcta de la MASC (Dziobek et al., 2006; Goueli et al., 2019). Estos resultados pueden hacer pensar que estados cuasi-psicóticos también podrían relacionarse con la MASC en el caso de que se utilizara una muestra mayor de casos y controles. Sin embargo, los autores hipotetizan que el hecho de que no converjan estos resultados podría deberse al tipo de habilidades que requieren estas pruebas. Así, hipotetizan que el desempeño en el RMET puede no depender únicamente de las habilidades de CS, sino también de las habilidades cognitivas básicas y, sin embargo, la MASC sea un instrumento más altamente sensible y específico para evaluar la CS. En cualquier caso, conviene tomar con cautela este argumento, puesto que uno de los componentes básicos de la CS es la cognición propiamente. Recordemos el modelo de Adolphs (Adolphs, 2010) en el que la CS engloba (1) la percepción social, esto es, ser capaces de percibir señales sociales que ayuden a interpretar las situación social; (2) la ToM, esto es, inferir los EM propios y de los demás para poder predecir su conducta; y, (3) regulación social, esto es regular y controlar nuestro pensamiento y comportamiento a través de habilidades metacognitivas.

Revisados los estudios que podrían apoyar nuestra hipótesis, comentaremos otro que, aunque no la apoya de manera tan directa, sí pudiera hacerlo de modo indirecto y que se interesa en estudiar cómo afecta la heterogeneidad del TLP en la CS. Es el estudio de Meyer et al., (Meyer & Morey, 2015) realizado con población adulta temprana (media

de 18 años). Evalúan la CS con el RMET (prueba con escasa validez ecológica). Los rasgos TLP los evalúan con el PAI-BOR [la escala límite *-borderline-* del PAI (Morey & Ambwani, 2008)]. Con este instrumento los participantes se separan en grupos de características de personalidad límite alta y baja o una puntuación global total. Además, tiene cuatro subescalas: inestabilidad afectiva, problemas de identidad, relaciones negativas e impulsividad. En relación con las áreas afectadas, se observaron asociaciones con la afectividad y la impulsividad. Se vio que la faceta afectiva podía estar asociada con el sesgo de negatividad observado en las personas con mayor severidad de TLP. En cuanto a la faceta impulsiva, se obtuvo que puede desempeñar un papel destacado en la percepción de las emociones. Así, vieron que la alta impulsividad se puede traducir en una tendencia a sacrificar la precisión de los juicios en aras de su rapidez, generando, por tanto, déficits en el reconocimiento de emociones. Debemos tomar con precaución la información obtenida con este estudio, por tres motivos: (1) utilizan un instrumento con escasa validez ecológica para evaluar la CS (RMET), (2) trabajan con población adulta joven, que ya sabemos que en el TLP la impulsividad es un rasgo muy destacado en esa franja de edad (Gunderson et al., 2011; Zanarini & Frankenburg, 2007) y, (3) se desconoce el papel que pudiera jugar el área cognitiva ya que el instrumento para medir TLP y sus áreas no evalúa esa faceta. Sin embargo, si tenemos presente el modelo multidimensional de la mentalización se entiende que en la impulsividad se produce un desequilibrio en la mentalización, pero activándose de modo extremo la mentalización automática, alejada de la reflexión y, por tanto, ocurren fallas en los aspectos que engloban la cognición (Bateman & Fonagy, 2016). Así que este papel que juega la impulsividad en los errores a la hora de percibir emociones puede estar asociado a los fallos en el procesamiento cognitivo o dominio cognitivo. Este resultado estaría en la línea de lo obtenido en nuestro estudio.

La afectación del área cognitiva en una persona que sufre TLP puede ser clave para comprender los fallos en la CS en concreto, y en los componentes cognitivos, en particular. Así las mujeres con TLP cometen mayores errores por hipermentalización. Estos errores suelen ir asociados a peores puntuaciones a la hora de atribuir EM tanto de pensamientos como de intenciones. Los fallos en los pensamientos e intenciones también se asocian a los fallos en la ToM cognitiva. Y los fallos en la ToM cognitiva, suelen asociarse, a la vez, con los obtenidos en los ítems de emociones frías. En base a esto, podemos suponer que las dificultades interpersonales de los pacientes con TLP pueden deberse, en gran parte, a sus déficits en las habilidades de CS que requieren de la cognición.

Este hallazgo puede estar de acuerdo con el marco teórico de la teoría de la mentalización de Bateman et al., (Bateman & Fonagy, 2004, 2016) Recordemos que según este modelo existe una multidimensionalidad en la mentalización, y que, en pacientes con TLP, se ha observado un desequilibrio en estas dimensiones, y una tendencia a “abusar” de unas más que de otras de manera poco flexible y adaptada. Así, las personas con TLP suelen sentirse abrumadas por la mentalización automática y basada en el afecto. Recordemos que la mentalización automática (en contra de la controlada) se activa especialmente en contextos de alto *arousal* emocional. A la vez, el foco en lo afectivo (en contra de lo cognitivo que requiere razonar, reconocer y nombrar EM) conlleva una alta hipersensibilidad al contenido emocional. En personas con TLP suele haber alta intensidad emocional, especialmente, en contextos relacionales (muy relacionado con su compleja historia vital). Sabemos que estas personas son extremadamente sensibles a cualquier tipo de señal emocional generando emociones intensas y disreguladas, de alto *arousal*, que bloquean la capacidad reflexiva. Todo esto

genera fallos en su cognición, presentando marcadas dificultades para reflexionar acerca de sus propios EM y los de los demás.

Este argumento permite explicar y comprender los resultados que hemos obtenido en nuestro estudio. Así, vemos que las pacientes con TLP y con el área cognitiva altamente afectada, presentan numerosas fallas en su capacidad de CS, tal y como ya hemos mencionado anteriormente.

Estudio más detallado del área cognitiva. Categorización del pensamiento.

Vista la alta relación obtenida entre la faceta cognitiva de nuestras pacientes con TLP y su funcionamiento en la CS, quisimos estudiar con más detalle esta área. Para ello, categorizamos la variable del área cognitiva tal y cómo ya explicamos en el apartado de resultados. Recordemos que dividimos la muestra entre mujeres con TLP sin afectación del área cognitiva, mujeres con TLP con afectación pre-psicótica y mujeres con TLP con afectación psicótica. Además, para ver más detalladamente este funcionamiento, se comparó con el desempeño en la MASC del grupo control.

Obtuvimos resultados muy interesantes que van en la línea de lo que hemos expuesto hasta el momento. Esto es, que la afectación de la cognición en las pacientes con TLP genera mayores dificultades a la hora de atribuir EM en los demás de manera global, generando errores por hipermentalización y afectando a aquellas áreas que atribuyen EM a través de estrategias cognitivas.

Lo primero que nos gustaría destacar es que cuando comparamos el grupo control con las mujeres con diagnóstico de TLP pero que no tienen afectada el área cognitiva, no obtenemos diferencias entre ambas. Este resultado, va a en la línea de que, si el área cognitiva está preservada, parece que también lo estará la CS en general. Además, a la

vez, observamos que cuando comparamos el grupo control con las mujeres con TLP con afectación del área cognitiva (ya sea con afectación a nivel pre-psicótico como a nivel psicótico) sí aparecen diferencias altamente significativas. En la misma línea, las mujeres con TLP pero sin afectación cognitiva presentan diferencias significativas por un lado, con las mujeres que padecen TLP con síntomas pre-psicóticos en ToM correcta, MASC intenciones, ToM cognitiva, MASC cognitiva y MASC frías; y, por otro lado, con las que padecen síntomas psicóticos en ToM correcta, ToM exceso, ToM cognitiva y MASC frías.

Con los cálculos y comparaciones que hemos realizado entre los diferentes grupos, podemos afirmar que en nuestra muestra de pacientes con TLP, ha sido clave a la hora de atribuir EM, el nivel de afectación de sus pensamientos. Así, cuando no ha habido afectación de esta área o la afectación ha sido mínima, su rendimiento en las tareas de CS es similar al del grupo control. Cuando la afectación del pensamiento se hace más evidente, y en concreto, aparece suspicacia, auto-referencialidad o ideas delirantes, la CS se ve altamente alterada, específicamente, aquella que requiere de la cognición para atribuir EM.

10.4. Cognición Social y Psicopatología

Hipótesis 4. A mayor malestar psíquico global de la persona afectada de TLP mayor afectación de la CS y mayores errores por hipermentalización.

Los datos de nuestro estudio indican que el mayor malestar psíquico global de la persona afectada de TLP se asocia con peor funcionamiento de la CS en general, y con errores por hipermentalización en particular. También se encuentran afectadas categorías de contenido cognitivo, como la intencionalidad y la ToM cognitiva. Por lo tanto, los resultados encontrados van en concordancia con nuestra hipótesis de estudio.

Previamente a la exposición y desarrollo de nuestros resultados, consideramos importante señalar una limitación que encontramos en los estudios sobre CS en el TLP. Prácticamente no hay estudios que se interesen por investigar cómo influye al funcionamiento de la CS la psicopatología asociada o comórbida al TLP. Algunos autores (Fonagy & Bateman, 2016; Fossati et al., 2017; Prochazkova & Kret, 2017) proponen que la variedad obtenida en los resultados sobre el funcionamiento de la CS en el TLP pudiera ser debida o influida por la presencia de sintomatología comórbida en el TLP en el momento de la evaluación; sintomatología que no es evaluada o que si es evaluada no es tenida en cuenta de manera específica. Esto podría generar factores de confusión que pueden afectar a los resultados de los estudios sobre CS. Para dar respuesta a esta limitación, en nuestro trabajo propusimos evaluar la psicopatología presente en nuestras pacientes en el momento de la evaluación y realizar un posterior análisis para ver si existía o no una posible relación entre las variables estudiadas.

Entre los estudios revisados, no hemos encontrado ninguno que se interese por evaluar, específicamente, cómo influye la sintomatología asociada al TLP en la CS. Sin embargo, hemos hallado varios que evalúan la severidad de la psicopatología, con diferentes medidas. Para ello, algunos estudios han usado el índice de distrés (GSI) del SCL-90-R (Normann-Eide et al., 2020; Semerari et al., 2015). Otros estudios, aunque utilizan el SCL-90-R u otros instrumentos (por ej., MINI) para evaluar sintomatología, no tienen presente esa información para ver si afecta o cómo lo hace en la variable CS (Kaltenegger, Philips, & Wennberg, 2020; Kvarstein et al., 2020; Ritter et al., 2011; Unoka, Fogd, Füzy, & Csukly, 2011)

Uno de los trabajos más interesantes en relación con lo que estamos investigando, es el de Normann-Eide et al. (Normann-Eide et al., 2020). Estos autores se ocupan de comparar la CS de pacientes con TLP con otros TP y controles sanos, además de

investigar la relación entre la CS y la gravedad de la psicopatología en los pacientes con TLP. Evalúan la CS con la MASC. Para evaluar el nivel de psicopatología utiliza el número de comórbidos (SCID-II) y el índice de malestar global (GSI) del SCL-90-R. Obtienen que el grupo TLP se caracteriza por un número significativamente mayor de comorbilidad con otros TP y mayores niveles de distrés (GSI), y que, a la vez, esto se relaciona con mayores errores por hipermentalización. A pesar de ello, esta asociación dejó de ser significativa cuando controlaron los síntomas de distrés y otros criterios de TP. Con estos hallazgos, los autores sugieren que la hipermentalización aumentada en los pacientes con TLP podría estar influida por la gravedad de los síntomas de distrés y la comorbilidad con otros rasgos de TP en general, y no simplemente por las características del TLP, como argumentan otros autores (Fonagy & Bateman, 2016; Sharp et al., 2016). En consecuencia, los presentes resultados apoyan un enfoque dimensional para la comprensión de la patología de la personalidad, ya que algunas de las estrategias de ToM que caracterizan a estos pacientes parecen más vinculadas a la gravedad de la psicopatología que a la categoría del TP en sí mismo. Un resultado similar se obtuvo en el estudio de Semerari et al., (Semerari et al., 2015). Evalúan población adulta con TLP y con otros diagnósticos de TP (con la SCID-II). Utilizan para evaluar la CS la Entrevista de Evaluación de Metacognición (MAI; Semerari et al., 2012) y el SCL-90-R para medir psicopatología, utilizando el índice GSI como medida de síntomas. Obtuvieron que la variable de descentración del MAI (que, recordemos, es la más cercana a la CS tal cuál la estamos estudiando nosotros) se relacionaba con mayor gravedad de la sintomatología (mayor comorbilidad de rasgos de personalidad y más altos índices de GSI) en los pacientes con TLP. Así, estos resultados sugieren que las dificultades para atribuir EM son, en parte, una expresión de la gravedad general de la psicopatología de la personalidad. Este resultado va a en consonancia con el anterior estudio descrito

(Normann-Eide et al., 2020) quienes proponen que la afectación de la CS se relaciona más con la psicopatología en general y no tanto con el TLP en particular. Así, la mayor gravedad de los síntomas (más altos índices en GSI) se asocian a menores puntuaciones en CS en general, mayores errores por hipermentalización (y en reconocimiento de intenciones y ToM cognitiva).

Hipótesis 5a. La mayor afectación de la sensibilidad interpersonal generará mayores problemas en la CS, en forma de errores por hipermentalización.

En primer lugar, queremos decir, que nuestros resultados van en la línea de lo que esperábamos en la hipótesis de estudio. Así, nos indican que los mayores niveles de SI en las mujeres con TLP generan mayores problemas en la CS en general, en concreto en forma de errores por hipermentalización. A la vez, aparecen más fallos a la hora de atribuir intenciones en los demás, en la ToM cognitiva y en la atribución de EM a través de claves cognitivas.

Recordemos que el índice de sensibilidad interpersonal del SCL-90-R detecta sentimiento de inferioridad e inadecuación cuando la persona se compara con sus semejantes (por ej., *ser demasiado sensible, sentirse incomprendido, sentimiento de incomodidad, los otros son poco amistosos, juzgar a otros negativamente, incómodo cuando le miran*, etc.)

Por lo tanto, podemos considerar que el modo en que el SCL-90-R evalúa problemas interpersonales puede acercarse a algunas de las dificultades relacionales de las personas que sufren TLP. La investigación ha encontrado que los factores desencadenantes de la angustia emocional en el TLP se caracterizan comúnmente por eventos asociados con el rechazo social (vivencia de inadecuación) o abandono entre los participantes con TLP (Stiglmayr et al., 2005). Recordemos, a la vez, el papel tan

destacado que juegan los desencadenantes interpersonales (reales o imaginados) en la disregulación emocional o en los actos de impulsividad en forma de autolesiones u otros, en los pacientes con TLP (Levy, 2005; Sharp et al., 2016). En la misma línea, el modelo de Hipersensibilidad Interpersonal de Gunderson et al., propone que los miedos al abandono, la sensibilidad al rechazo y la intolerancia a la soledad pueden ser la base de muchas dificultades interpersonales comunes en el TLP (Gunderson & Lyons-Ruth, 2008). A pesar de la gran cantidad de investigaciones que identifican dominios específicos de disfunción interpersonal dentro del TLP, todavía no está claro cuál de estos dominios, si es que hay alguno, puede contribuir a la reactividad emocional en esta población.

En el estudio de Dixon-Gordon et al., (Dixon-Gordon, Yiu, & Chapman, 2013) se exploró si las dificultades interpersonales propias del TLP explicarían la asociación entre las características de rasgos *borderline* y la reactividad emocional ante un factor de estrés interpersonal. Los rasgos del TLP son evaluados con el PAI-BOR (Morey & Ambwani, 2008). Los problemas interpersonales son evaluados con el *Inventory of Interpersonal Problems-Personality Disorders-25* (IIP-PD-25; Kim & Pilkonis, 1999) que presenta 5 subescalas: falta de sociabilidad, necesidad de aprobación social, ambivalencia interpersonal, sensibilidad interpersonal y agresión. La reactividad emocional ante determinadas situaciones emocionales de laboratorio (neutra, y otra de rechazo social), se evalúa de forma autoinformada a través del programa *The Positive and Negative Affect Schedule* (PANAS; Watson, Clark, & Tellegen, 1988) y de forma fisiológica a través de un método de conductancia de la piel (SCR, *skin conductance responses*). Los altos rasgos *borderline* se asociaron positivamente con la disfunción interpersonal y con mayor reactividad emocional autoinformada y reactividad fisiológica. En interés con nuestra discusión, este estudio nos permite ver que la mayor psicopatología, esto es, mayores

rasgos TLP se asocian con mayores problemas interpersonales. En concreto, muestran mayor reactividad emocional ante determinada situación, por lo tanto, mayores errores a la hora de atribuir emociones a los participantes. Las mayores dificultades para atribuir emociones, y la mayor reactividad ante este tipo de situaciones, puede relacionarse con, seguramente, mayores problemas en la CS en general y tendencia a la hipervigilancia y la hiperactivación en este tipo de situaciones. Lo que hemos hallado en nuestro estudio, es que las mayores puntuaciones en SI generan mayores errores en CS en forma de hipermentalización. Hemos estudiado que la hipervigilancia (en este caso afectiva) es típica de los pacientes con TLP y suele asociarse a problemas de hipermentalización (Bateman & Fonagy, 2016). Por lo tanto, los resultados de este estudio van en línea de los nuestros. Sin embargo, debemos tener en cuenta sus limitaciones, concretamente, en cuanto a la tarea que utilizan para evaluar la reactividad emocional (escuchar un audio en una situación de laboratorio), además de que sólo evalúan una pequeña área de la CS (la de contenido emocional). Sería interesante en investigaciones futuras estudiar la relación entre la disfunción interpersonal y la CS en sujetos con TLP.

Otro estudio, que ya hemos mencionado anteriormente, es el de Normann-Eide et al., (Normann-Eide et al., 2020). En él se evalúa también los problemas interpersonales. Lo hacen a través del instrumento *Circumplex of Interpersonal Problems* (CIP; Boudreaux, Ozer, Oltmanns, & Wright, 2018) tomando para su estudio el índice de problemas interpersonales (IIP). Se observó una correlación positiva entre ToM exceso y nivel de problemas interpersonales en el grupo con TLP. Este resultado estaría en concordancia con el nuestro, en que los mayores niveles de SI se relacionan, entre otros, con errores por hipermentalización.

Por lo tanto, podemos decir que los estudios previos apoyan nuestra hipótesis inicial de la estrecha relación entre presentar sintomatología de sensibilidad social en el TLP y fallos en la CS.

Hipótesis 5b. La mayor presencia de sintomatología cognitiva (paranoia y psicoticismo) generará mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas cognitivas.

El análisis de este punto va a requerir que discutamos por separado los resultados obtenidos en nuestro estudio ya que ambas variables no van en la línea de lo esperado. Nosotros partíamos de la idea de que tanto la variable PAR como PSIC son variables que podrían englobarse dentro de alteraciones de corte más cognitivo (afectación del pensamiento). Recordemos que en el SCL-90-R, por un lado, la escala PAR indica proyección, suspicacia y temor a la pérdida de autonomía. Algunos ítems que evalúan PAR son *culpar a otros de sus problemas, no fiarse de los demás, sentir que los otros le miran, intentarían aprovecharse*, etc. Por otro, la escala PSIC está referida a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento. Algunos ítems que evalúan PSIC son *controlar sus pensamientos, oír voces que otros no oyen, pensamientos no suyos, no intimar con nadie, algo va mal en su mente*, etc. Partiendo de esta idea, supusimos que las variables más afectadas de CS serían aquellas que evalúan contenido cognitivo.

Nuestros resultados van en concordancia con nuestra hipótesis únicamente con la sintomatología de psicoticismo y no con la de paranoia.

A mayor presencia de paranoia mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas cognitivas

Nuestro estudio, indica que la presencia de *ideación paranoide* (PAR) en las mujeres con TLP genera peor funcionamiento de la ToM general. En contra de lo esperado, aparece una asociación positiva entre presentar mayores puntuaciones en PAR y errores por ausencia de ToM. Y, finalmente, y nuevamente en contra de lo esperado, aparecen más problemas en las categorías con contenido emocional (MASC emociones, ToM afectiva y MASC calientes).

Fossati et al., en su investigación, analizaron si el modelo alternativo de rasgos de TP del DSM-5 está significativamente asociado en los déficits en la CS. Para ello, evalúan los rasgos de personalidad con el PID-5 y la CS con la MASC y el RMET (Fossati et al., 2017). Aunque no evalúan propiamente el TLP y su psicopatología asociada, sí nos parece sumamente interesante algunos de sus resultados obtenidos ya que evalúan de manera dimensional la patología de la personalidad, y estudian de forma detallada como cada una de las facetas puede (o no) estar asociada con la CS. Sin embargo, debemos tener en cuenta que el PID-5 evalúa rasgos y facetas y el SCL-90-R evalúa sintomatología. Recordemos, que un rasgo es una tendencia o una disposición hacia comportamientos específicos, y un síntoma ocurre de manera más puntual; así mientras que los síntomas tienden a experimentar altibajos, los rasgos se mantienen relativamente estables. Por lo tanto, aunque utilicemos la información de este estudio para compararlo con nuestros resultados, no olvidemos la diferencia entre rasgos (tal cual los evalúa el PID-5) y los síntomas (tal cual los evalúa el SCL-90-R).

En relación a este punto de la discusión, nos interesa destacar las relaciones encontradas entre la CS y la faceta de *suspiciousness*. La *suspiciousness* tal cual es definida en el DSM-5 hace referencia a “expectativas y sensibilidad a señales de perjuicio o mala intención interpersonal, dudas sobre la lealtad y la fidelidad de los demás y sentimientos de ser maltratado, utilizado o perseguido por otros” (American Psychiatric Association,

2014). Si revisamos la definición de PAR según el SCL-90-R vemos características en común en ambas variables. Fossati et al., encuentran una relación positiva entre presentar altos niveles de suspicacia y peor rendimiento en CS en general y mayores errores por hipermentalización. En la línea de lo obtenido en nuestro estudio, también obtenemos relación entre PAR y peor rendimiento de la CS en general, sin embargo, son los errores por ausencia de mentalización los que nosotros hemos hallado. Además, y en contra de lo esperado, esta variable se asoció a aquellas de la CS cuyo contenido es afectivo (y no cognitivo cómo habíamos hipotetizado). Si tenemos en cuenta el razonamiento seguido hasta ahora, de que la afectación de la cognición en el TLP genera problemas en la CS en categorías más cognitivas, el resultado encontrado no acaba de cuadrar con esta idea. Consideramos que sería necesario, aumentar el tamaño de la muestra para poder obtener una información más concluyente.

A mayor presencia de psicoticismo mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas cognitivas

Nuestros datos van en la línea de lo esperado. Así, obtenemos que la mayor afectación de sintomatología en forma de *psicoticismo* genera peor CS en general, en concreto en forma de errores por hipermentalización. A la vez, quedan afectadas las categorías con contenido cognitivo, esto es MASC intenciones, ToM cognitiva, MASC cognitiva y MASC frías.

Volvemos a hacer referencia al estudio de Fossati et al. Esta vez, en concreto, a los resultados obtenidos con la faceta de *creencias y experiencias inusuales*. En el DSM-5 definen esta variable como “creer que uno tiene habilidades excepcionales, tales como leer la mente, la telequinesia, la fusión pensamiento-acción y experiencias insólitas de la realidad, incluida la actividad de tipo alucinatorio”. Esta definición se acerca al modo en

que el SCL-90-R evalúa la variable *psicoticismo*. Nos interesa ver que Fossati et. al., encuentran relación positiva y significativa entre esta variable y errores por hipermentalización. Estos resultados están en concordancia con los obtenidos con la variable de psicoticismo. La variable psicoticismo se relaciona con alteraciones del pensamiento. Por lo tanto, estas asociaciones, nos indican que nuestras pacientes con TLP presentan altas alteraciones del pensamiento (resultado muy en relación con la afectación de la cognición vista en el punto 11.3.2.). A la vez, y como ya hemos argumentado en el punto anterior de la discusión, estas alteraciones aparecen también en las categorías de la MASC con contenido cognitivo.

Sin embargo, se desconoce la especificidad de esta relación, y actualmente no está claro hasta qué punto dicha disfunción se relaciona con la gravedad de la psicopatología asociada con el TLP.

Hipótesis 5c. la mayor presencia de sintomatología en forma ansiedad-depresión (obsesión-compulsión, depresión, ansiedad y ansiedad fóbica) generará mayor afectación de la CS, en concreto, de las áreas afectivas.

En relación con la sintomatología que podríamos englobar dentro de lo ansioso-depresivo, hemos obtenido resultados variados, por ello consideramos necesario ir comentando los resultados obtenidos uno a uno a partir de la sintomatología estudiada.

En cuanto a la sintomatología *obsesivo-compulsiva* hallamos asociaciones con errores por hipermentalización y errores a la hora de atribuir pensamientos. La dimensión de OBS explora pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles (*por ej., pensamientos, palabras o ideas no deseadas que no se van de su mente, sentirse incapaz de hacer las cosas o terminar las tareas o tener que comprobar una y otra vez todo lo que hace*). Como vemos, esta escala presenta un alto contenido cognitivo y, por

ello, podríamos comprender los motivos por los que se asocia a algunos de los errores o fallos que ocurren cuando falla lo cognitivo en el TLP (revisar punto 11.3.2 o este mismo punto en relación con la variable PSIC).

La dimensión de *depresión* se asocia con errores por hipermentalización. En el SCL-90-R la DEP valora el estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza y/o ideaciones suicidas (*por ej., pérdida de deseo o placer sexual, llorar fácilmente, culparse a sí mismo de todo lo que pasa, sentirse solo, etc.*). Estas dimensiones comprenden aspectos de contenido emocional. Sin embargo, en contra de lo que habíamos predicho, se relaciona con un error que, como ya hemos ido analizando, se asocia más con lo cognitivo (la hipermentalización). Nos parece interesante mencionar el estudio de Zabihzadeh et al., (Zabihzadeh et al., 2017) quienes investigan el papel de los síntomas comórbidos de depresión en los pacientes con TLP a la hora de evaluar el desempeño en tareas de CS. Para medir la CS utilizan el RMET (ToM afectiva) y tarea *Faux Pas* (ToM cognitiva). Se obtuvo que en los grupos clínicos (TLP sin depresión y TLP con depresión) las puntuaciones de ToM afectivas fueron más altas que el grupo control. Basan sus resultados en otros estudios en que los pacientes con TLP han obtenido mejor rendimiento en la tarea RMET que el grupo control (Fertuck et al., 2009; Frick et al., 2012) y en que la presencia de depresión se relaciona con sesgos y mejor procesamiento de estímulos negativos (Duque & Vázquez, 2015). Sin embargo, en relación con la ToM cognitiva, el grupo control se desempeñó mejor que los dos grupos clínicos. Estos resultados, a pesar de que van en contra de lo esperado, están en concordancia con los obtenidos en nuestro estudio, en el que hemos hallado mayores errores por hipermentalización que, a la vez, se relacionan con fallos en las categorías con contenido cognitivo de la MASC. Estos resultados van en la línea de la evidencia de la literatura actual [por ej., (Harari et al., 2010; Preißler et al., 2010)] en que los pacientes

con TLP presentan disfunción de la CS. Otro estudio que nos parece interesante mencionar es el de Wolkenstein et al, quienes investigan la CS (con la MASC) en pacientes con depresión unipolar. A pesar de que en este estudio no tienen en cuenta la comorbilidad con sintomatología límite, encuentran que los pacientes deprimidos presentan mayores errores en forma de hipomentalización. Este resultado va en dirección contraria al nuestro. Vista la inconsistencia de los resultados obtenidos, será necesario estudios más específicos que investiguen la influencia de la clínica depresiva en el TLP en relación a su desempeño en las tareas de CS.

No encontramos relaciones significativas entre la CS y *ansiedad*. Como hemos visto en los apartados de revisión bibliográfica, hay estudios que se han interesado por determinar la asociación entre clínica de ansiedad y CS (Buhlmann et al., 2015; Zainal & Newman, 2018), aunque no hemos hallado ninguno que se interese por estudiar la sintomatología ansiosa propiamente en el TLP.

Finalmente, y cercano a nuestra hipótesis planteada, la mayor sintomatología de *ansiedad fóbica (FOB)* se relaciona con fallos en la CS en general y, en particular, están alteradas algunas áreas de contenido emocional (MASC emocional, ToM afectiva y MASC calientes). La FOB tal cuál es evaluada en el SCL-90-R alude al miedo (personas, lugares, objetos, situaciones) irracional y desproporcionado (por ej., “sentir miedo a los espacios abiertos o en la calle, miedo a salir de casa solo, temor a viajar en coche, autobuses, metros o trenes, sentirse nervioso cuando se queda solo”, etc.). Vemos, por lo tanto, que el contenido de los ítems que evalúan esta escala presenta alto contenido emocional. Teniendo en cuenta esto, habíamos supuesto que las mujeres que padecen TLP tendrían más alteradas estas áreas. A pesar de que no hemos hallado estudios específicos que investiguen la influencia de la ansiedad fóbica en el TLP a la hora de procesar EM, sí que hay alguno que investiga la CS en el trastorno de ansiedad social

(Hezel & McNally, 2014; Lenton-Brym et al., 2018) con la MASC. Debemos tener presente que estos estudios no tienen en cuenta toda la amplitud de categorías que ofrece la MASC, únicamente la atribución de EM y los errores de CS. En relación con esto, encuentran, por un lado, tendencia a mayores errores por hipermentalización (Hezel & McNally, 2014) y por otro lado, no encuentran diferencias con grupo control (Lenton-Brym et al., 2018).

Nuestros hallazgos sugieren que no solo los síntomas del TLP implican problemas específicos en la CS, sino que la gravedad general de la psicopatología asociada con el trastorno tiene un impacto en la CS. Estos resultados nos sugieren la dirección de estas alteraciones, pero son necesarios más estudios para profundizar en esta relación.

10.5. Cognición Social y Maltrato

Hipótesis 6: Las mujeres con TLP que presenten historia de maltrato en la infancia presentarán peor funcionamiento de la CS. En concreto, tendrán más afectadas las áreas que evalúan ToM desde el contenido cognitivo.

Los datos obtenidos en nuestro estudio, nos permiten afirmar lo siguiente:

(1) que las pacientes con TLP que han sufrido mayor severidad de maltrato en la infancia y, además, las que han sufrido abuso sexual, presentan mayores errores en la ToM cognitiva (mayores dificultades para comprender las intenciones y creencias de los demás a la hora de atribuir EM).

(2) que las pacientes con TLP que han sufrido negligencia física en su infancia presentan mayor incapacidad para mentalizar (ToM ausencia).

Tenemos que decir que nuestra hipótesis se cumple parcialmente. Por un lado, no aparece el efecto negativo del maltrato en la CS en general. Por otro, sí aparece relación entre el maltrato global y la afectación de áreas propiamente cognitivas, en concreto, la ToM cognitiva.

Sin embargo, sí que aparece un resultado interesante cuando estudiamos los tipos de maltrato y la afectación de la CS. En un primer momento, no habíamos hipotetizado nada en concreto puesto que la literatura publicada es escasa para poder realizar una hipótesis acerca de las relaciones esperadas, pero posteriormente, con los datos obtenidos, vemos que según el maltrato sufrido (AS y la NF) aparecen determinados tipos de alteraciones en la CS. Por lo tanto, para estudiar adecuadamente y más detalladamente estas variables, nos parece necesario tener en cuenta no solo la severidad del abuso, sino también el tipo de abuso experimentado.

Hemos encontrado escasos estudios que se interesan por investigar la influencia que ejerce el maltrato infantil en general y el tipo de maltrato en particular, en el funcionamiento de la CS en mujeres con TLP. Un trabajo reciente es el de Duque-Alarcon et al., quienes evalúan las variables de maltrato, CS y TLP con los mismos instrumentos que los utilizados en nuestro estudio (Duque-Alarcón et al., 2019). Estos autores obtienen que a medida que aumenta el nivel de maltrato infantil, el rendimiento en la prueba MASC disminuía tanto en el TLP como en el grupo control. Encuentran asociaciones específicas entre NF, NE y AF con variables de la MASC. En la línea de nuestro estudio, aparecen asociaciones entre la NF y fallos en la CS (aunque diferentes a las encontradas nosotros, sí identifican relación entre estas variables). El resto de relaciones que encontraron fueron diferentes a lo que nosotros hemos obtenido. Debemos, por tanto, tomar con precaución los resultados que obtuvieron por varios motivos: (1) cuando estudian la relación entre maltrato y CS no queda claro si lo hacen únicamente con la muestra de TLP o incluyen

también el grupo control; (2) usan una muestra clínica muy pequeña (<20). A pesar de estas limitaciones, sí queda claro el efecto negativo que ejerce el maltrato en la CS en las pacientes con TLP. Este resultado corrobora los resultados obtenidos en nuestro estudio.

En el estudio de Kvarstein et al., analizaron el papel de la CS (evaluada con la MASC) en la terapia basada en la mentalización en un grupo de pacientes con TLP (Kvarstein et al., 2020). Evalúan diferentes variables con distintos instrumentos que se alejan del interés de la discusión. Sin embargo, una variable que sí creemos es importante para este punto es la del maltrato. Para evaluarlo lo hacen a través de la recogida de información por parte del paciente, obteniendo el total de maltrato infantil y diferentes categorías. En cuanto a las categorías de la MASC, introducen dos variables dicotómicas: una para errores de “ToM insuficientes” (engloba ToM ausencia e hipomentalización) y otra para errores de “ToM exceso” (hipermentalización). En relación con lo que aquí nos ocupa, obtienen que la variable de “ToM insuficientes” estaba significativamente relacionada con puntajes más altos de trauma infantil. Este resultado obtenido puede indicarnos que el nivel más alto de maltrato en la infancia puede asociarse a problemas en la CS, concretamente, en forma de incapacidad para atribuir EM en los demás o hacerlo perdiendo el sentido o el matiz relacional. Es concebible que estas inadecuadas interpretaciones se desvíen drásticamente de la comprensión situacional inmediatamente apropiada. Esta variable de “ToM insuficiente” incluye la ausencia de mentalización que, recordemos, es la que hemos encontrado afectada en aquellas mujeres con TLP que han sufrido NF. Por lo tanto, podrían ser unos resultados que irían en la línea de los nuestros. Debemos tomar con cautela esta afirmación por el sistema de recogida de información que utilizan para evaluar el maltrato (a través de entrevista).

Seguimos con la relación encontrada entre la NF en las mujeres con TLP y la ausencia de mentalización. En el punto anterior (11.2) hemos expuesto la relación entre

la severidad del TLP y la ausencia de mentalización. En concreto, hemos asociado que la mayor severidad del TLP pueda relacionarse con rasgos autísticos en estas pacientes. Podemos partir de un argumento similar, puesto que las pacientes con TLP que sufren NF pueden haber perdido la capacidad de atribuir EM en los demás, seguramente por qué no tuvieron la “oportunidad” de aprender del mundo interno propio y el de los demás y así hipotetizar que estas pacientes con altos niveles de NF, crecen desatendidas y poco acompañadas tanto en su desarrollo físico como mental. No reciben los cuidados y la atención que necesita un niño para un adecuado desarrollo global. Esto podría ser equiparable a la “soledad” propia de los niños con TEA. En el caso del TEA, son niños que no tiene por qué haber sufrido una NF real, pero presentan un mundo interno complejo, con numerosos problemas de relación y de comunicación. En palabras de una de sus máximas estudiosas Frith et al., *“no tiene nada que ver con estar solo físicamente sino con estarlo mentalmente”* (Frith & Mira, 1992). Tienen limitadas las capacidades de empatía, relación intersubjetiva y penetración mental en el mundo interno de sus semejantes y sus cuidadores, aquellos mecanismos que permiten al niño normal aprender mediante delicados mecanismos de imitación, identificación, intercambio simbólico y experiencia vicaria. Estas dificultades más propias del neurodesarrollo y/o de aspectos biológicos y/o ambientales suelen llevar a los niños con TEA a pasar gran parte del tiempo aislados y ajenos al mundo de sus cuidadores principales, como si hubieran cerrado sus puertas al mundo. De esta manera, son niños que crecen solos con su complejo mundo interior. Pierden, por lo tanto, la oportunidad de comprenderse uno mismo y de comprender a los demás. Esto puede asociarse a las dificultades que se observan en algunos pacientes que sufren TLP y han sufrido situaciones graves de maltrato. Han crecido desatendidas de manera real (no por las dificultades propias de su trastorno) y no

han podido desarrollar la habilidad de comprensión de sí mismos (que en numerosas situaciones de maltrato suele haber sido negado o no tenido en cuenta) ni de los demás.

Destacaremos algunos estudios que nos parecen interesantes, en relación con este punto. Merece la pena destacar el estudio de Preißler et al., (Preißler et al., 2010). Evalúan la CS con la MASC, la sintomatología TLP con el BSL y para medir las experiencias traumáticas e indicar la gravedad del TEPT utilizan la “Escala de diagnóstico de estrés postraumático” (PDS; (Foa, Cashman, Jaycox, & Perry, 1997). En su estudio obtuvieron tres factores que contribuían al deterioro de la CS: síntomas intrusivos, TEPT y agresión sexual por parte de un conocido. Consideramos muy interesantes los resultados obtenidos en este estudio, pues vuelve a observarse, nuevamente, que la mayor severidad del TLP, con mayor sintomatología traumática, deteriora la CS. Además, los autores obtienen que el AS afecta de manera global a las escalas de la MASC. En concreto, encuentra una interferencia muy significativa en el reconocimiento de los aspectos cognitivos (intenciones y pensamientos) y no tanto emocionales. Estos datos van en la línea de los nuestros. Recordemos que tanto el maltrato global como el AS en particular, se asocian negativamente con fallas en la ToM cognitiva (escala que correlaciona altamente con las subescalas de reconocimiento de pensamiento e intenciones de la MASC). Sin embargo, debemos tener en cuenta dos limitaciones importantes en este estudio: (1) no evalúan todas las categorías de la CS y por lo tanto se pierde información; y (2) no se evalúa con precisión el tipo de trauma y su impacto en la CS (más allá del AS)

Finalmente, de cara a nuestra discusión, nos parece interesante ocuparnos más detenidamente del estudio de Quek et al., (Quek et al., 2017). Examinan las interrelaciones entre el maltrato infantil (evaluado con el CTQ), la función reflexiva (FR) y la patología límite en población adolescente con TLP y control. La FR es otro término sinónimo al de CS (Fonagy et al., 2002). Obtienen que el maltrato infantil total disminuía

la FR y a la vez aumentaba la severidad de síntomas del TLP. Cuando se examinaron las formas individuales de maltrato infantil, sólo las formas de maltrato emocional (AE y NE) influyeron de la misma manera. Debemos tener presente que en este estudio no se interesan específicamente en el estudio de la CS, sino en cómo ésta puede mediar con los síntomas del TLP. Además, utilizan una medida de autoinforme para evaluar la FR (con escasa validez ecológica). Sus resultados globales sí que indican, al igual que hemos obtenido nosotros, la influencia negativa del maltrato en general en la FR o CS.

Por lo tanto, revisando la literatura publicada, vemos que algunos resultados de los obtenidos por nosotros coinciden con los aportados por otros estudios, mientras que otros suponen una nueva aportación a este ámbito de la investigación. Consideramos interesantes nuestros datos teniendo en cuenta los escasos estudios publicados que se interesan por estos temas, posiblemente, debido a la alta complejidad que conlleva evaluar maltrato de manera retrospectiva tanto en la población en general como en pacientes con TLP en particular. También al pequeño tamaño de la muestra de algunos estudios, y a sí mismo, por el tipo de pruebas que se utilizan para evaluar CS, muchas veces, con escasa validez ecológica.

Siguiendo las aportaciones de la literatura publicada y de la clínica, está bien establecido que el desarrollo de la CS está ligada a varios aspectos. Por un lado, a la comunicación emocional y afectiva entre el niño y su cuidador principal (recordemos el concepto de espejamiento o *mirroring* explicado dentro del modelo de mentalización) (Bateman & Fonagy, 2016). Por otro lado, el crecer en un entorno seguro y libre de condiciones estresantes. Estas “condiciones” facilitan el camino al establecimiento de un apego seguro y de un aprendizaje adecuado de las habilidades cognitivas sociales (entre otros). Sin embargo, como ya hemos estudiado, estas condiciones no ocurren en el caso del maltrato infantil. Todo lo contrario. Cuando una persona es víctima de maltrato

durante su infancia, lo más común, es que crezca en ambientes estresantes y disfuncionales con cuidadores inestables. Esto suele generar estilos de apego inseguros ambivalentes y/o desorganizados entre el cuidador y el niño (Lorenzini et al., 2013; Sharp et al., 2016). Un historial de exposición a situaciones de abuso como la descrita, amenazan la vida mental del infante. Esto puede hacer que se interrumpa el proceso de integración de las representaciones mentales durante el desarrollo. Y, a la vez, genera una perturbación del concepto de uno mismo y del otro. Todo esto facilita la construcción de representaciones mentales inestables, irreales y desproporcionadas. Esto interrumpe la formación de unas adecuadas habilidades de CS en las personas que sufren TLP y, a la vez, aumenta la inestabilidad emocional, la impulsividad y las dificultades relacionales.

Todo lo que hemos expuesto, nos lleva a concluir que son necesarios más estudios para evaluar si los diferentes tipos de trauma (y / o la presencia o ausencia de secuelas clínicas del trauma) se asocian diferencialmente con los déficits de cognición social.

10.6. Modelo Predictivo de la Cognición Social

Hipótesis 7: En las mujeres con TLP la alteración cognitiva predecirá el funcionamiento de la cognición social e hipermentalización cuando se ajuste por sintomatología, psicopatología general y maltrato.

En la línea de lo esperado, nuestros resultados indican que en las mujeres con TLP la alteración cognitiva predice en un 26,4% el funcionamiento de la cognición social en general cuando ajustamos por sintomatología, psicopatología general y maltrato.

A la vez, vemos que en las mujeres con TLP con mayor sintomatología de psicoticismo se predice en un 20,8% los errores por hipermentalización cuando ajustamos por sintomatología, psicopatología y maltrato.

Ambos resultados apoyan, sin duda, la información que hemos obtenido a lo largo de nuestra investigación. Lo que nos indican es de la importancia de las alteraciones cognitivas, es decir, las alteraciones en el pensamiento en las sujetos con TLP a la hora de predecir disfunciones en su CS. A la vez, el predecir disfunciones en la CS, esto es, al presentar dificultades a la hora de atribuir EM en los demás y en uno mismo, conlleva, inevitablemente, predecir numerosos problemas en el ámbito relacional. El hecho de que haya esta disfuncionalidad relacional hace que se despierte en los sujetos con TLP los sentimientos de abandono, de incomprensión, de no cuidado, etc., que, normalmente, han sufrido en su historia vital. Ya hemos expuesto la alta relación entre TLP y maltrato en la infancia, así como la alta relación con la formación de estilos de apego inseguros (especialmente, ambivalentes o desorganizados). Todo esto genera que, cuando las pacientes TLP se encuentran en una situación relacional se active el apego y, a la vez, se active su *arousal*. Este alto *arousal*, esto es la alta activación emocional, genera fallas en su CS. Estas fallas en la CS que, habitualmente y tal y como hemos mostrado en nuestro estudio, se predicen por alteraciones en el pensamiento, suelen generar, por lo tanto, alteraciones emocionales y aparecer la disregulación emocional. Estas alteraciones emocionales a la vez, se suelen acompañar de alteraciones de tipo impulsivas en forma de *actings*, autolesiones u otras formas de impulsividad que aparecen como instrumento para regular esas emociones de manera totalmente disfuncional.

En la línea de lo que estamos exponiendo es la relación entre la sintomatología del psicoticismo y la hipermentalización. Existen varios estudios que corroboran que la hipermentalización es un error que se produce de manera común en las pacientes con TLP, tal y cómo hemos expuesto en los puntos de discusión 11.1., 11.3.2. y 11.5. Nuestro estudio implica que el psicoticismo predice casi en un 21% las alteraciones en hipermentalización.

Por lo tanto, con nuestros hallazgos vemos que las alteraciones del pensamiento en las sujetos con TLP predicen en gran medida las fallas de la CS, lo que a la vez genera las disfunciones típicas de las sujetos con TLP: disregulación emocional, impulsividad y disfunción social. Estas disfunciones se retroalimentan entre ellas apareciendo la sintomatología propia del TLP. Este mecanismo es sumamente relevante tanto a nivel de investigación como a nivel de clínica. A nivel de investigación ya que nos invita a seguir estudiando con más detalle las alteraciones cognitivas específicas que ocurren en las sujetos con TLP y cómo éstas afectan a su desarrollo cognitivo social y a la globalidad de la persona que sufre este trastorno. A nivel clínico, porque la relación terapéutica conlleva, inevitablemente, un vínculo, una relación interpersonal y, por lo tanto, una adecuada comprensión de los EM propios y del terapeuta. Si gran parte de las fallas en la CS tienen que ver con las alteraciones del pensamiento de las sujetos con TLP, y esto genera disfuncionalidades relacionales, emocionales y conductuales, va a ser necesario trabajar los aspectos cognitivos de estas pacientes para poder mejorar sus habilidades de CS y, como consecuencia, facilitar el establecimiento de un adecuado vínculo terapéutico con ellas. Generar un vínculo terapéutico seguro con estas pacientes, es una de las condiciones básicas para lograr una mejora clínica en el curso de una psicoterapia.

Finalmente, un aspecto que consideramos muy interesante remarcar, es en relación con el acercamiento dimensional y/o categorial al estudio de la patología de la personalidad. El hecho de haber estudiado el TLP desde la propia categoría de TLP pero, a la vez, de sus dimensiones afectadas o sintomatología presente, nos ha permitido hallar resultados novedosos y más detallados del funcionamiento del TLP. Así, hemos visto que, a pesar de la heterogeneidad presente en estos pacientes, en nuestra muestra clínica, es la afectación del pensamiento la que destaca entre las otras áreas a la hora de predecir sus habilidades cognitivo-sociales. Este dato lo hemos podido obtener gracias al instrumento

utilizado para evaluar el TLP, y a no haber reducido su interpretación de modo exclusivamente categorial (si TLP está o no presente).

10.7. Limitaciones

En primer lugar, consideramos que el hecho de haber utilizado en nuestro estudio métodos de análisis correlacional, limita sacar conclusiones respecto a la causalidad de las relaciones obtenidas. No obstante, consideramos que es un valor de este estudio, la aportación de un modelo predictivo con potencial interés tanto a nivel clínico como de investigación, y que parcialmente engloba, en una estrategia multivariante, los resultados que hemos ido observando en el trabajo.

Además, nuestros resultados ofrecen una visión exploratoria respecto a un campo de estudio, el de la CS, de reciente interés y con importantes implicaciones para el conocimiento de las personas que sufren TLP, tanto para lograr una mayor comprensión de su patología, como para poder intervenir de manera más precisa con este perfil de pacientes.

En segundo lugar, señalamos algunas limitaciones en relación con la muestra clínica utilizada:

- Está conformada exclusivamente por una muestra de mujeres, lo que resta generalización a nuestras conclusiones. El motivo principal de haber utilizado solo mujeres es la escasa prevalencia que presenta el TLP en varones y, por lo tanto, el difícil acceso a esta población (American Psychiatric Association, 2014; Caballo & Camacho, 2000). Esto conlleva que los resultados obtenidos no puedan extrapolarse a los varones con TLP, y deberán realizarse estudios que incluyan

ambos géneros para poder profundizar en las diferencias y semejanzas en la CS en mujeres y/o hombres con TLP.

- Se han perdido algunos datos sociodemográficos de la muestra clínica, concretamente relacionados con nivel de estudio y situación laboral, que podrían haber caracterizado de forma más precisa la muestra.
- A pesar de la alta comorbilidad del TLP con otros trastornos de la personalidad no hemos contemplado esta asociación. La comorbilidad con otros trastornos del eje I se ha tenido presente mediante la descripción de la psicopatología con el SCL-90-R y descartando participantes con diagnóstico psiquiátrico del eje I.
- En general, como ya se ha venido comentando en todo el texto, el bajo tamaño de la muestra ha podido reducir la potencia estadística del estudio y haber dificultado el encontrar asociaciones significativas entre determinadas variables (por ej., con la variable maltrato o el área afectiva de la DIB-R).

A pesar de estas limitaciones, debemos recordar la complejidad en el manejo y la adherencia a la consigna de personas que padecen un TLP, lo que ha supuesto una dificultad en la recogida de información y en la administración / respuesta de las pruebas.

En cuanto al estudio del maltrato, la información es recogida a través de un instrumento retrospectivo, por lo que puede haber sido sesgada por el paso del tiempo. No obstante, diferentes estudios demuestran la utilidad de este tipo de registros y garantizan que la metodología del recuerdo mediante registro retrospectivo de los sujetos es fiable.

10.8. Implicaciones clínicas

El estudio realizado nos ha permitido conocer de manera más precisa las dificultades que pueden presentar los pacientes con TLP a la hora de atribuir emociones,

pensamientos e intenciones en los demás. Aunque esto ya ha sido estudiado desde múltiples acercamientos, no se han publicado estudios en los que se observe de manera tan concreta y multivariable la influencia de las alteraciones del pensamiento en la CS en estas pacientes. El hecho de conocer que este tipo de alteración influye de manera notable en las habilidades cognitivas sociales de estas pacientes, nos va a permitir realizar ajustes en un proceso psicoterapéutico. Por un lado, deberemos tener presente su influencia en la formación de una adecuada alianza terapéutica, fundamentada en la calidad del apego, se puede ver alterada en pacientes con alta desregulación emocional e inadecuado procesamiento de estímulos interpersonales, en la forma de sesgos en la CS. Del mismo modo, en el curso de la terapia podría ser interesante, a nivel clínico, evaluar antes, durante y después de una intervención los aspectos cognitivos más alterados, para irlos identificando y abordándolos con el paciente para incrementar su capacidad de mentalización.

Por otro lado, tal y como hemos estudiado, sabemos que la alteración cognitiva, aunque muy influyente en la CS, también retroalimenta y es retroalimentada por las alteraciones de tipo emocional, impulsivo e interpersonal. Por ello, a pesar de su importancia, no la podemos tomar como una variable independiente, sino como interdependiente. Teniendo en cuenta esta información, a nivel clínico podemos proponer programas de tratamiento tanto individual como grupal que trabajen este tipo de alteraciones. Proponiendo, como objetivo final de estas intervenciones, un conocimiento mayor por parte del paciente de sus alteraciones del pensamiento, de cómo identificarlas, de cómo influyen tanto en el curso de la terapia como en el curso de su vida.

10.9. Futuras investigaciones

En las futuras investigaciones será interesante trabajar con muestras de mayor tamaño para corroborar algunos de los datos obtenidos en este estudio, además de ampliarla al género masculino. Así mismo, realizar un estudio de características similares, pero desde un acercamiento dimensional, como las que subyacen en el modelo PID-5, con el objetivo de lograr una comprensión más detallada de las variables. Finalmente, sería interesante proponer un estudio en el que se evaluaran las alteraciones cognitivas antes y después de una terapia y ver el papel que juegan en el transcurso de la misma.

III. CONCLUSIONES

11. Conclusiones

1. Las mujeres con TLP, en comparación con el grupo control, presentaron peor funcionamiento de la CS en general y mayores errores por hipermentalización. Además, tuvieron un peor rendimiento cuando atribuyen intenciones y ToM cognitiva y cuando atribuyen EM basándose en claves externas y emociones calientes.
2. La mayor severidad de sintomatología límite se asoció a un peor funcionamiento de la CS en general y particularmente, peor rendimiento en las áreas con contenido cognitivo de la CS. Además, cometieron mayores errores por ausencia de mentalización.
3. En cuanto a la sintomatología propia del TLP, por un lado, la elevada afectación del área cognitiva se relacionó con un peor funcionamiento de la CS en general, con mayores errores por hipermentalización y con un peor rendimiento en las áreas cognitivas de la CS.
4. El mayor malestar psíquico global se asoció con un peor funcionamiento de la CS en general, y específicamente con mayores errores por hipermentalización y con un peor rendimiento en algunas de las áreas cognitivas de la CS.
5. En cuanto a la psicopatología presente en las pacientes con TLP, encontramos que tanto la presencia de sensibilidad interpersonal como de psicoticismo se relacionaron con peor funcionamiento de la CS en general, mayores errores por hipermentalización y peor rendimiento en algunas de las áreas cognitivas de la CS. La presencia de síntomas obsesivos-compulsivos se relacionó con alteraciones en algunas áreas cognitivas. La presencia de depresión con errores por hipermentalización. Finalmente, la sintomatología de ideación paranoide y de

ansiedad fóbica se relacionaron con peor funcionamiento de CS en general y con alteraciones en algunas de las áreas con contenido afectivo.

6. Las mujeres con TLP que sufrieron maltrato en su infancia presentaron mayores alteraciones en la ToM cognitiva. Teniendo en cuenta el tipo de maltrato, se ve que, la negligencia física se asoció a mayores errores por ausencia de mentalización y el abuso sexual se asoció, en forma de tendencia estadística, con alteraciones de la ToM cognitiva.
7. En las mujeres con TLP, la alteración cognitiva predice en un 26% las alteraciones en el funcionamiento de la CS y el psicoticismo predice en un 20,8% los errores por hipermentalización.

IV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

12. Referencias

- Abdel-Hamid, M., Niklewski, F., Heßmann, P., Guberina, N., Kownatka, M., Kraemer, M., ... Kis, B. (2019). Impaired empathy but no theory of mind deficits in adult attention deficit hyperactivity disorder. *Brain and Behavior*, 9(10). <https://doi.org/10.1002/brb3.1401>
- Adolphs, R. (2006). How do we know the minds of others? Domain-specificity, simulation, and enactive social cognition. *Brain Research*, 1079(1), 25–35. <https://doi.org/10.1016/j.brainres.2005.12.127>
- Adolphs, R. (2010). Conceptual challenges and directions for social neuroscience. *Neuron*, 65(6), 752–767. <https://doi.org/10.1016/j.neuron.2010.03.006>
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 12(2), 94–104. <https://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: Infant Care and the growth of Love*. Baltimore: The John Hopkins University Press.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. Lawrence Erlbaum.
- Akça, Ö. F., Wall, K., & Sharp, C. (2021). Divergent mentalization types in adolescent borderline personality disorder and attention deficit/hyperactivity disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 26, 1–8. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.1887349>
- Akiskal, H. S., Djenderedjian, A. M., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *The American Journal of Psychiatry*, 134(11), 1227–1233. <https://doi.org/10.1176/ajp.134.11.1227>
- Allain, P., Hamon, M., Saoût, V., Verny, C., Dinomais, M., & Besnard, J. (2020). Theory of Mind Impairments Highlighted With an Ecological Performance-Based Test Indicate Behavioral Executive Deficits in Traumatic Brain Injury. *Frontiers in Neurology*, 10. <https://doi.org/10.3389/fneur.2019.01367>
- Allen, B., Cramer, R. J., Harris, P. B., & Rufino, K. A. (2013). Borderline Personality Symptomatology as a Mediator of the Link Between Child Maltreatment and Adult Suicide Potential. *Archives of Suicide Research*, 17(1), 41–51. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.748413>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)* (Quinta edi). Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Anckarsäter, H. (2006). The Impact of ADHD and Autism Spectrum Disorders on Temperament, Character, and Personality Development. *American Journal of Psychiatry*, 163(7), 1239. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.7.1239>

- Andrade-González, N., Sarasa, M., García-López, A., Leonés, I., Halverson, T. F., & Lahera, G. (2021). Mentalizing Errors in Patients with Schizophrenia Who Received Psychosocial Rehabilitation: a Case-Control Study. *Psychiatric Quarterly*, 1–13. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09863-x>
- Andreou, C., Kelm, L., Bierbrodt, J., Braun, V., Lipp, M., Yassari, A. H., & Moritz, S. (2015). Factors contributing to social cognition impairment in borderline personality disorder and schizophrenia. *Psychiatry Research*, 229(3), 872–879. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.057>
- Anglès i Prats, A., & Angulo Barroso, I. (1991). *Els Maltractaments infantils a Catalunya : estudi global i balanç de la seva situació actual*. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social. Direcció General d'Atenció a la Infància.
- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M., & Piñol, J. L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171–174. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>
- Arntz, A., Bernstein, D., Oorschot, M., & Schobre, P. (2009). Theory of mind in borderline and cluster-c Personality Disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(11), 801–807. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181be78fb>
- Arntz, A., Dreessen, L., Schouten, E., & Weertman, A. (2004). Beliefs in personality disorders: A test with the Personality Disorder Belief Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 42(10), 1215–1225. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2003.08.004>
- Arntz, A., & ten Haaf, J. (2012). Social cognition in borderline personality disorder: evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex attributions. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 707–718. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.002>
- Arntz, A., & Veen, G. (2001). Evaluations of others by borderline patients. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(8), 513–521. <https://doi.org/10.1097/00005053-200108000-00004>
- Arruabarrena, M., & De Paúl, J. (1999). *Maltrato a los niños en la familia: evaluación y tratamiento*. Madrid: Pirámide.
- Bach, B., & First, M. B. (2018). Application of the ICD-11 classification of personality disorders. *BMC Psychiatry*, 18(351). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1908-3>
- Baez, S., Marengo, J., Perez, A., Huepe, D., Font, F. G., Rial, V., ... Ibanez, A. (2015). Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *Journal of Neuropsychology*, 9(2), 203–218. <https://doi.org/10.1111/jnp.12046>
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: Evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11(1), 63–68. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0010-4>

- Barkl, S. J., Lah, S., Harris, A. W. F., & Williams, L. M. (2014). Facial emotion identification in early-onset and first-episode psychosis: A systematic review with meta-analysis. *Schizophrenia Research*, *159*(1), 62–69. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.049>
- Barnow, S., Stopsack, M., Grabe, H. J., Meinke, C., Spitzer, C., Kronmüller, K., & Sieswerda, S. (2009). Interpersonal evaluation bias in borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.02.003>
- Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a theory of mind? *Cognition*, *21*(1), 37–46. [https://doi.org/10.1016/0010-0277\(85\)90022-8](https://doi.org/10.1016/0010-0277(85)90022-8)
- Baron-Cohen, S., O’Riordan, M., Stone, V., Jones, R., & Plaisted, K. (1999). Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *29*(5), 407–418. <https://doi.org/10.1023/a:1023035012436>
- Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The “Reading the Mind in the Eyes” Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *42*(2), 241–251.
- Baron-Cohen, Simon. (1985). *Social Cognition and Pretend Play in Autism*. University of London, London. Retrieved from https://www.academia.edu/28619755/Social_Cognition_and_Pretend_Play_in_Autism
- Baron-Cohen, Simon, Jolliffe, T., Mortimore, C., & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *38*(7), 813–822. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1997.tb01599.x>
- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... Pérez Sola, V. (2004). [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R)]. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*(5), 293–298.
- Bast, N., Banaschewski, T., Dziobek, I., Brandeis, D., Poustka, L., & Freitag, C. M. (2019). Pupil Dilation Progression Modulates Aberrant Social Cognition in Autism Spectrum Disorder. *Autism Research*, *12*(11), 1680–1692. <https://doi.org/10.1002/aur.2178>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford, UK.: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, *9*(1), 11–15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.

- Beck, A. T., Davis, D. D., & Freeman, A. (2014). *Cognitive Therapy of Personality Disorders: Third Edition*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Belsky, D. W., Caspi, A., Arseneault, L., Bleidorn, W., Fonagy, P., Goodman, M., ... Moffitt, T. E. (2012). Etiological features of borderline personality related characteristics in a birth cohort of 12-year-old children. *Development and Psychopathology*, *24*(1), 251–265. <https://doi.org/10.1017/S0954579411000812>
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders*. New York, NY, US: Guilford Press.
- Berenson, K. R., Dochat, C., Martin, C. G., Yang, X., Rafaeli, E., & Downey, G. (2018). Identification of mental states and interpersonal functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *9*(2), 172–181. <https://doi.org/10.1037/per0000228>
- Bernstein, D P; Fink, L. (1998). *Childhood trauma questionnaire: A retrospective self-report*. San Antonio, TX: NCS Pearson.
- Bernstein, D. P., Stein, J. a, Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, *27*(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Berzenski, S. R., & Yates, T. M. (2011). Classes and Consequences of Multiple Maltreatment: A Person-Centered Analysis. *Child Maltreatment*, *16*(4), 250–261. <https://doi.org/10.1177/1077559511428353>
- Blair, R. J. R. (2005). Responding to the emotions of others: Dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations. *Consciousness and Cognition*, *14*, 698–718. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2005.06.004>
- Bleiberg, E. (2013, April). Mentalizing-Based Treatment with Adolescents and Families. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2013.01.001>
- Blum, N., Pfohl, B., St. John, D., Monahan, P., & Black, D. W. (2002). STEPPS: A cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder -a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, *43*(4), 301–310. <https://doi.org/https://doi.org/10.1053/comp.2002.33497>
- Boada, L., Lahera, G., Pina-Camacho, L., Merchán-Naranjo, J., Díaz-Caneja, C. M., Bellón, J. M., ... Parellada, M. (2020). Social Cognition in Autism and Schizophrenia Spectrum Disorders: The Same but Different? *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *50*(8), 3046–3059. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04408-4>
- Bouchard, S., & Sabourin, S. (2009). Borderline personality disorder and couple dysfunctions. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0009-x>

- Boudreaux, M. J., Ozer, D. J., Oltmanns, T. F., & Wright, A. G. C. (2018). Development and validation of the Circumplex Scales of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment, 30*(5), 594–609. <https://doi.org/10.1037/pas0000505>
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds. I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. An expanded version of the fiftieth maudslay lecture, delivered before the royal college of psychiatrists, 19 November 1976. *The British Journal of Psychiatry, 130*(1), 201–210. <https://doi.org/https://doi.org/10.1192/bjp.130.3.201>
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(1), 24–31. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000149215.88020.7c>
- Briere, J., & Elliott, D. M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse & Neglect, 27*(10), 1205–1222. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.09.008>
- Brockmeyer, T., Pellegrino, J., Münch, H., Herzog, W., Dziobek, I., & Friederich, H.-C. (2016). Social cognition in anorexia nervosa: Specific difficulties in decoding emotional but not nonemotional mental states. *International Journal of Eating Disorders, 49*(9), 883–890. <https://doi.org/10.1002/eat.22574>
- Brüne, M. (2005). “Theory of mind” in schizophrenia: a review of the literature. *Schizophrenia Bulletin, 31*(1), 21–42. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi002>
- Buchheim, A., Erk, S., George, C., Kächele, H., Kircher, T., Martius, P., ... Walter, H. (2008). Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research, 163*(3), 223–235. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2007.07.001>
- Buhlmann, U., Wacker, R., & Dziobek, I. (2015). Inferring other people’s states of mind: Comparison across social anxiety, body dysmorphic, and obsessive-compulsive disorders. *Journal of Anxiety Disorders, 34*, 107–113. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.06.003>
- Caballo, V., & Camacho, S. (2000). Trastorno límite de la personalidad: Controversias actuales. *Psicología Desde El Caribe., 5*, 30–55. Retrieved from <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/756>
- Caballo, V. E. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis, Editorial.
- Cacioppo, J T, & Berntson, G. G. (1992). Social psychological contributions to the decade of the brain. Doctrine of multilevel analysis. *The American Psychologist, 47*(8), 1019–1028. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.47.8.1019>
- Cacioppo, John T., Amaral, D. G., Blanchard, J. J., Cameron, J. L., Carter, C. S., Crews, D., ... Quinn, K. J. (2007). Social Neuroscience: Progress and Implications for Mental Health. *Perspectives on Psychological Science, 2*(2), 99–123. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00032.x>

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25(4), 525–531. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.25.4.525>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., ... Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 2(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Cave, G. F. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: la clasificación internacional de enfermedades CIE-11 A new proposal to classifying personality disorders: the international classification of diseases ICD-11. *Rev Chil Neuro-Psiquiat*, 56(4), 260–268. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272018000400260>
- Chilamkurti, C., & Milner, J. S. (1993). Perceptions and Evaluations of Child Transgressions and Disciplinary Techniques in High- and Low-Risk Mothers and Their Children. *Child Development*, 64(6), 1801–1814. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1993.tb04214.x>
- Choi-Kain, L. W., & Gunderson, J. G. (2008). Mentalization: Ontogeny, Assessment, and Application in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Am J Psychiatry*, 165(9), 1127–1135. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.07081360>
- Choi-Kain, L. W., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Reich, D. B. (2010). A longitudinal study of the 10-year course of interpersonal features in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 365–376. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.365>
- Cybersam. (2015). Ficha técnica del instrumento. MASC. Retrieved April 20, 2021, from <https://bi.cybersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=268>
- Cicchetti, D. (1991). Defining psychological maltreatment: Reflections and future directions. *Development and Psychopathology*, 3(1), 1–2. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005009>
- Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an Ecological/Transactional Model of Community Violence and Child Maltreatment: Consequences for Children's Development. *Psychiatry*, 56(1), 96–118. <https://doi.org/10.1080/00332747.1993.11024624>
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Maughan, A., Toth, S. L., & Bruce, J. (2003). False belief understanding in maltreated children. *Development and Psychopathology*, 15(4), 1067–1091. <https://doi.org/10.1017/s0954579403000440>
- Clemmons, J. C., Walsh, K., DiLillo, D., & Messman-Moore, T. L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment*, 12(2), 172–181. <https://doi.org/10.1177/1077559506298248>

- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. (2nd Edition, Ed.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Cole, P. M., & Putnam, F. W. (1992). Effect of incest on self and social functioning: A developmental psychopathology perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *60*(2), 174–184. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.60.2.174>
- Corral, V. V., Frías, A. M., Romero, M., & Muñoz, A. (1995). Validity of a scale measuring beliefs regarding the “positive” effects of punishing children: A study of punishing children: A study of Mexican mothers. *Child Abuse y Neglect*, *19*(6), 669–679. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0145-2134\(95\)00025-4](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0145-2134(95)00025-4)
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan’s Theory. *Psychol Bull*, *135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and Psychopathology*, *22*(1), 87–108. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990289>
- Cyrulnik, B. (2009). *Los patitos feos: La resiliencia. Una infancia infeliz no determina la vida*. (Ebook, Ed.).
- Daros, A. R., Uliaszek, A. A., & Ruocco, A. C. (2014). Perceptual biases in facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *5*(1), 79–87. <https://doi.org/10.1037/per0000056>
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *J.Pers.Soc.Psychol.*, *44*, 113–126. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.44.1.113>
- Dell’Osso, L., Cremone, I. M., Carpita, B., Fagiolini, A., Massimetti, G., Bossini, L., ... Gesi, C. (2018). Correlates of autistic traits among patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *83*, 7–11. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.01.002>
- Derogatis L. R. (1975). *The SCL-90-R Clinical Psychometric Research*. Baltimore: Clinical Psychometric Research.
- Dimberg, U., Thunberg, M., & Elmehed, K. (2000). Unconscious facial reactions to emotional facial expressions. *Psychological Science*, *11*(1), 86–89. <https://doi.org/10.1111/1467-9280.00221>
- Dinsdale, N., & Crespi, B. J. (2013). The Borderline Empathy Paradox: Evidence and Conceptual Models for Empathic Enhancements in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 172–195. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.172>
- Dixon-Gordon, K. L., Yiu, A., & Chapman, A. L. (2013). Borderline personality features and emotional reactivity: the mediating role of interpersonal vulnerabilities. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *44*(2), 271–278.

<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.12.001>

- Domes, G., Czieschnek, D., Weidler, F., Berger, C., Fast, K., & Herpertz, S. C. (2008). Recognition of facial affect in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(2), 135–147. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.2.135>
- Dorn, L. M. L., Rief, W., & Mehl, S. (2020). Can theory of mind be improved? Positive expectations cause better theory of mind performance in a community sample. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 69. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2020.101577>
- Duque-Alarcón, X., Alcalá-Lozano, R., González-Olvera, J. J., Garza-Villarreal, E. A., & Pellicer, F. (2019). Effects of Childhood Maltreatment on Social Cognition and Brain Functional Connectivity in Borderline Personality Disorder Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 156. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00156>
- Duque, A., & Vázquez, C. (2015). Double attention bias for positive and negative emotional faces in clinical depression: Evidence from an eye-tracking study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 46, 107–114. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.09.005>
- Dyck, M., Habel, U., Slodczyk, J., Schlummer, J., Backes, V., Schneider, F., & Reske, M. (2009). Negative bias in fast emotion discrimination in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 39(5), 855–864. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004273>
- Dziobek, I., Fleck, S., Kalbe, E., Rogers, K., Hassenstab, J., Brand, M., ... Convit, A. (2006). Introducing MASC: a movie for the assessment of social cognition. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 623–636. <https://doi.org/10.1007/s10803-006-0107-0>
- Dziobek, I., Preißler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *NeuroImage*, 57(2), 539–548. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2011.05.005>
- Dziobek, I., Rogers, K., Fleck, S., Bahnemann, M., Heekeren, H. R., Wolf, O. T., & Convit, A. (2008). Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38(3), 464–473. <https://doi.org/10.1007/s10803-007-0486-x>
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2003). Relationship Between Multiple Forms of Childhood Maltreatment and Adult Mental Health in Community Respondents: Results From the Adverse Childhood Experiences Study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453–1460. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1453>
- Engelstad, K. N., Rund, B. R., Torgalsbøen, A. K., Lau, B., Ueland, T., & Vaskinn, A. (2019). Large social cognitive impairments characterize homicide offenders with schizophrenia. *Psychiatry Research*, 272, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.087>

- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones Assessment of personality disorders according to DSM-5: Available instruments and limitations. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255–264. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Euler, S., Nolte, T., Constantinou, M., Griem, J., Montague, P. R., & Fonagy, P. (2021). Interpersonal problems in borderline personality disorder: Associations with mentalizing, emotion regulation, and impulsiveness. *Journal of Personality Disorders*, 35(2), 177–193. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_427
- Feliu, A., Soler, J., & Borràs, X. (2014). Caracterización del Trastorno Límite de la Personalidad y efectos del entrenamiento en mindfulness, 150. <https://doi.org/10.1016/j.jpuro.2008.10.004>
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación Psicológica. Conceptos, métodos y estudio de casos*. (2nd ed.). Madrid: Pirámide.
- Fernández del Valle, J., & Bravo Arteaga, A. (2002). Maltrato infantil: situación actual y respuestas sociales. *Psicothema*, 14(1), 118–123. Retrieved from <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3481>
- Fernández Fernández, M. V. (2014). *Maltrato infantil: Un estudio empírico sobre variables psicopatológicas en menores tutelados*. Universidad de Murcia.
- Ferrer, M. (2014). *Trastorno límite de la personalidad: diferentes manifestaciones de un mismo trastorno*. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Fertuck, E. A., Jekal, A., Song, I., Wyman, B., Morris, M. C., Wilson, S. T., ... Stanley, B. (2009). Enhanced reading the mind in the eyes in borderline personality disorder compared to healthy controls. *Psychological Medicine*, 39(12), 1979–1988. <https://doi.org/10.1017/S003329170900600X>
- Feyerabend, J., Lüttke, S., Grosse-Wentrup, F., Wolter, S., Hautzinger, M., & Wolkenstein, L. (2018). Theory of mind in remitted bipolar disorder: Younger patients struggle in tasks of higher ecological validity. *Journal of Affective Disorders*, 231, 32–40. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.01.026>
- First, M. B., Williams, J. B. W., Benjamin, L. S., & Spitzer, R. L. (2016). *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders. SCID-5-PD*. Washington D.C: American Psychiatric Association Publishing.
- Flury, J. M., Ickes, W., & Schweinle, W. (2008). The borderline empathy effect: Do high BPD individuals have greater empathic ability? Or are they just more difficult to “read”? *Journal of Research in Personality*, 42(2), 312–332. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2007.05.008>
- Foa, E. B., Cashman, L., Jaycox, L., & Perry, K. (1997). The validation of a self-report measure of posttraumatic stress disorder: The posttraumatic diagnostic scale. *Psychological Assessment*, 9(4), 445–451. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.9.4.445>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder-

- a mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 4–21. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2016). Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive Psychiatry*, 64, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. New York, NY, US: Routledge.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(1), 22–31. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.1.22>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(4), 1355–1381. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017a). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(11). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017b). What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4(9). <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0062-8>
- Fonagy, P., Luyten, P., Moulton-Perkins, A., Lee, Y. W., Warren, F., Howard, S., ... Lowyck, B. (2016). Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire. *PLoS ONE*, 11(7). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0158678>
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 103–122, vii–viii. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70146-5)
- Fossati, A., Borroni, S., Dziobek, I., Fonagy, P., & Somma, A. (2018). Thinking about assessment: Further evidence of the validity of the movie for the assessment of social cognition as a measure of mentalistic abilities. *Psychoanalytic Psychology*, 35(1), 127–141. <https://doi.org/10.1037/pap0000130>
- Fossati, A., Somma, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., & Borroni, S. (2017). On the relationships between DSM-5 dysfunctional personality traits and social cognition deficits: A study in a sample of consecutively admitted Italian psychotherapy patients. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 24(6), 1421–1434. <https://doi.org/10.1002/cpp.2091>
- Frank, H., & Hoffman, N. (1986). Borderline empathy: An empirical investigation. *Comprehensive Psychiatry*, 27(4), 387–395. <https://doi.org/10.1016/0010->

440X(86)90015-5

- Fretland, R. A., Andersson, S., Sundet, K., Andreassen, O. A., Melle, I., & Vaskinn, A. (2015). Theory of mind in schizophrenia: Error types and associations with symptoms. *Schizophrenia Research*, *162*(1–3), 42–46. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.01.024>
- Frick, C., Lang, S., Kotchoubey, B., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Berger, M., ... Barnow, S. (2012). Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PLoS ONE*, *7*(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041650>
- Frith, C. (2009). Role of facial expressions in social interactions. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, *364*(1535), 3453–3458. <https://doi.org/10.1098/rstb.2009.0142>
- Frith, U., & Mira, M. (1992). Autism and Asperger Syndrome. *Focus on Autistic Behavior*, *7*(3), 13–15. <https://doi.org/10.1177/108835769200700302>
- Garay, A., Iñiguez, L., & Martínez, L. M. (2005). La Perspectiva Discursiva en Psicología Social. *Subjetividad y Procesos Cognitivos*, *7*, 105–130. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630246006.pdf>
- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). *Adult Attachment Interview Protocol. unpublished manuscript*. Berkeley. Retrieved from http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/measures/content/aa_i_interview.pdf
- Ghiassi, V., Dimaggio, G., & Brüne, M. (2010). Dysfunctions in understanding other minds in borderline personality disorder: A study using cartoon picture stories. *Psychotherapy Research*, *20*(6), 657–667. <https://doi.org/10.1080/10503307.2010.501040>
- Goldman, S. J., D'Angelo, E. J., DeMaso, D. R., & Mezzacappa, E. (1992). Physical and sexual abuse histories among children with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *149*(12), 1723–1726. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1723>
- Gómez, F., Crespo, G., & Rueda, A. (2009). La contribución de la Escala PSY-5 al MMPI-2= The contribution of the PSY-5 scale to the MMPI-2. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, *28*(2), 31–43. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2011-22292-002>
- González de Rivera JL, Derogatis LR, De las Cuevas C, Gracia Marco R, Rodríguez Pulido F, Henry Benítez M, Monterrey AL (1989) *The spanish version of the SCL-90-R. Normative data in the general population*. Towson. Clinical Psychometric Research.
- Goueli, T., Nasreldin, M., Madbouly, N., Dziobek, I., & Farouk, M. (2019). Social cognition in adolescent females with borderline personality traits. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, papt.12257. <https://doi.org/10.1111/papt.12257>
- Grande-García, I. (2009). Neurociencia social: El maridaje entre la psicología social y las

- neurociencias cognitivas. Revisión e introducción a un nueva disciplina. *Anales de Psicología*, 25(1), 1–20. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2009-08527-001>
- Gratz, K. L., Litzman, R. D., Tull, M. T., Reynolds, E. K., & Lejuez, C. W. (2011). Exploring the association between emotional abuse and childhood borderline personality features: the moderating role of personality traits. *Behavior Therapy*, 42(3), 493–508. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.11.003>
- Graybar, S. R., & Boutilier, L. R. (2002). Nontraumatic pathways to borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39(2), 152–162. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.39.2.152>
- Green, M. F., Nuechterlein, K. H., Gold, J. M., Barch, D. M., Cohen, J., Essock, S., ... Marder, S. R. (2004). Approaching a consensus cognitive battery for clinical trials in schizophrenia: The NIMH-MATRICES conference to select cognitive domains and test criteria. *Biological Psychiatry*, 56(5), 301–307. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.06.023>
- Green, M. F., Penn, D. L., Bentall, R., Carpenter, W. T., Gaebel, W., Gur, R. C., ... Heinssen, R. (2008). Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. *Schizophrenia Bulletin*, 34(6), 1211–1220. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbm145>
- Grinker, R. R. (1968). *The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-functions*. London: Basic Books.
- Gross, R., Olfson, M., Gameraoff, M., Shea, S., Feder, A., Fuentes, M., ... Weissman, M. M. (2002). Borderline personality disorder in primary care. *Archives of Internal Medicine*, 162(1), 53–60. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11784220>
- Gulamani, T., Rodrigo, A. H., Uliaszek, A. A., & Ruocco, A. C. (2021). Facial Emotion Perception in Families Affected With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 35(A), 132–148. https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_514
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *The American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752–758. <https://doi.org/10.1176/ajp.153.6.752>
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637–1640. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071125>
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline Personality Disorder: Ontogeny of a Diagnosis. *Am J Psychiatry*, 166(5), 530–539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. G. (2010a). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, 24(6), 694–708. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Gunderson, J. G. (2010b). *Trastorno límite de la personalidad. Guía Clínica*. (2nd ed.).

Madrid: Aula Médica.

- Gunderson, J. G. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder*. Washington D.C: American Psychiatric Publishing.
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing theories of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(2), 148–167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *Am J Psychiatry*, 135(7), 792–796. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.7.792>
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 138(7), 896–903. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.7.896>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *The American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... 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. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gutierrez, F., & Vilar, A. (2014). Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, (110), 49–52. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4803000>
- Guttman, H. A., & Laporte, L. (2000). Empathy in families of women with borderline personality disorder, anorexia nervosa, and a control group. *Family Process*, 39(3), 345–358. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2000.39306.x>
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., & Feldman, R. (1999). Psychological risk factors for borderline pathology in school-age children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(2), 206–212. <https://doi.org/10.1097/00004583-199902000-00021>
- Guzder, J., Paris, J., Zelkowitz, P., & Marchessault, K. (1996). Risk factors for borderline pathology in children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(1), 26–33. <https://doi.org/10.1097/00004583-199601000-00009>
- Ha, C., Sharp, C., Ensink, K., Fonagy, P., & Cirino, P. (2013). The measurement of reflective function in adolescents with and without borderline traits. *Journal of Adolescence*, 36(6), 1215–1223. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.09.008>
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: Detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*,

36(1), 5–25. <https://doi.org/10.1007/s10803-005-0039-0>

- Happé, F. G. (1994a). An advanced test of theory of mind: understanding of story characters' thoughts and feelings by able autistic, mentally handicapped, and normal children and adults. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(2), 129–154. <https://doi.org/10.1007/BF02172093>
- Happé, F. G. (1994b). Annotation: current psychological theories of autism: the “theory of mind” account and rival theories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 35(2), 215–229. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01159.x>
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., & Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175(3), 277–279. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.03.002>
- Hart, J. R., Venta, A., & Sharp, C. (2017). Attachment and thought problems in an adolescent inpatient sample: The mediational role of theory of mind, 78, 38–47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.002>
- Hecht, K. F., Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Crick, N. R. (2014). Borderline personality features in childhood: The role of subtype, developmental timing, and chronicity of child maltreatment. *Development and Psychopathology*, 26(3), 805–815. <https://doi.org/10.1017/S0954579414000406>
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495. <https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>
- Hernandez, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 727–736. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Hernandez, A., Gallardo-Pujol, D., Pereda, N., Arntz, A., Bernstein, D. P., Gaviria, A. M., ... Gutiérrez-Zotes, J. A. (2013). Initial validation of the Spanish childhood trauma questionnaire-short form: factor structure, reliability and association with parenting. *Journal of Interpersonal Violence*, 28(7), 1498–1518. <https://doi.org/10.1177/0886260512468240>
- Hernández Fernández, A. (2013). *The relationship between the antecedents of childhood maltreatment and adult borderline personality disorder*. Universitat Rovira i Virgili.
- Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2014). The social-cognitive basis of personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(1), 73–77. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000026>
- Herpertz, S. C., Werth, U., Lukas, G., Qunaibi, M., Schuerkens, A., Kunert, H. J., ... Sass, H. (2001). Emotion in criminal offenders with psychopathy and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 737–745. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.8.737>

- Hesse, E. (2008). The Adult Attachment Interview: Protocol, method of analysis, and empirical studies. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Ed.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 552–598). New York, NY, US: The Guildford Press.
- Hesse, Erik, & Main, M. (2000). Disorganized Infant, Child, and Adult Attachment: Collapse in Behavioral and Attentional Strategies. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 48(4), 1097–1127. <https://doi.org/10.1177/00030651000480041101>
- Hezel, D. M., & McNally, R. J. (2014). Theory of mind impairments in social anxiety disorder. *Behavior Therapy*, 45(4), 530–540. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2014.02.010>
- Higgins, D. J., & McCabe, M. P. (2000). Relationships between different types of maltreatment during childhood and adjustment in adulthood. *Child Maltreatment*, 5(3), 261–272. <https://doi.org/10.1177/1077559500005003006>
- HM Government. (2018). *Working Together to Safeguard Children. A guide to inter-agency working to safeguard and promote the welfare of children*. London.
- Hopwood, C. J., Newman, D. A., Donnellan, M. B., Markowitz, J. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... Morey, L. C. (2009). The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(4), 806–815. <https://doi.org/10.1037/a0016954>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. <https://doi.org/10.1177/1359104517712778>
- Iraugi, I. (2009). Evaluación de resultados clínicos (II): Las medidas de la significación clínica o los tamaños del efecto. *Norte de Salud Mental*, 34, 94–110.
- Isaksson, J., Van't Westeinde, A., Cauvet, Kuja-Halkola, R., Lundin, K., Neufeld, J., ... Bölte, S. (2019). Social Cognition in Autism and Other Neurodevelopmental Disorders: A Co-twin Control Study. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 49(7), 2838–2848. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04001-4>
- Jang, K. L., Livesley, W. J., Vernon, P. A., & Jackson, D. N. (1996). Heritability of personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94(6), 438–444. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09887.x>
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbbye, 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. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
- Kaltenegger, H. C., Philips, B., & Wennberg, P. (2020). Autistic traits in mentalization-based treatment for concurrent borderline personality disorder and substance use disorder: Secondary analyses of a randomized controlled feasibility study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 61(3), 416–422.

<https://doi.org/10.1111/sjop.12595>

- Kempe, C. H., Silverman, F. N., Steele, B. F., Droegemueller, W., & Silver, H. K. (1962). The Battered-Child Syndrome. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *181*(1), 17. <https://doi.org/10.1001/jama.1962.03050270019004>
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, *15*(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. (1968). The treatment of patients with borderline personality organization. *The International Journal of Psycho-Analysis*, *49*(4), 600–619. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5715051>
- Kernberg, O. (1993). *La teoría de las relaciones objetales y el psicoanálisis clínico*. Mexico D. F.: Editorial Paidós Mexicana, S.A.
- Kernberg, P. F., Weiner, A. S., & Karen K. Bardenstein. (2000). *Personality Disorders in Children and Adolescents*. New York: Basic Books.
- Kim, Y., & Pilkonis, P. A. (1999). Selecting the most informative items in the IIP scales for personality disorders: An application of item response theory. *Journal of Personality Disorders*, *13*(2), 157–174. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.2.157>
- Kocsis-Bogár, K., Kotulla, S., Maier, S., Voracek, M., & Hennig-fast, K. (2017). Cognitive Correlates of Different Mentalizing Abilities in Individuals with High and Low Trait Schizotypy: Findings from an Extreme-Group Design. *Frontiers in Psychology*, *8*(JUN). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00922>
- Kraemer, M., Herold, M., Uekermann, J., Kis, B., Wiltfang, J., Daum, I., ... Abdel-Hamid, M. (2013). Theory of mind and empathy in patients at an early stage of relapsing remitting multiple sclerosis. *Clinical Neurology and Neurosurgery*, *115*(7), 1016–1022. <https://doi.org/10.1016/j.clineuro.2012.10.027>
- Krohn, A. (1974). Borderline “empathy” and differentiation of object representations: a contribution to the psychology of object relations. *Int J Psychoanal Psychother*, *3*(2), 142–165. Retrieved from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4435991/>
- Kroll, S. L., Wunderli, M. D., Vonmoos, M., Hulka, L. M., Preller, K. H., Bosch, O. G., ... Quednow, B. B. (2018). Socio-cognitive functioning in stimulant polysubstance users. *Drug and Alcohol Dependence*, *190*, 94–103. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2018.06.001>
- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, a E. (2012). Initial construction of a maladaptive personality trait model and inventory for DSM-5. *Psychological Medicine*, *42*(9), 1879–1890. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002674>
- Kucukparlak, I., Karas, H., Kaser, M., & Yildirim, E. A. (2020). The Relationship of Theory of Mind and Attachment Characteristics with Disease Severity in Social Anxiety Disorder. *Archives of Neuropsychiatry*, *58*(1). <https://doi.org/10.29399/npa.27169>

- Kulkarni, M. R. (2010). *Childhood Violence Exposure on Emotion Regulation and PTSD in Adult Survivors*. University of Michigan.
- Kvarstein, E. H., Folmo, E., Antonsen, B. T., Normann-Eide, E., Pedersen, G., & Wilberg, T. (2020). Social Cognition Capacities as Predictors of Outcome in Mentalization-Based Treatment (MBT). *Frontiers in Psychiatry*, *11*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00691>
- Labonte, E., & Paris, J. (1993). Life events in borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *38*(10), 638–640. <https://doi.org/10.1177/070674379303801003>
- Ladisich, W., & Feil, W. B. (1988). Empathy in psychiatric patients. *British Journal of Medical Psychology*, *61*(2), 155–162. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1988.tb02774.x>
- Lahera, G., Boada, L., Pousa, E., Mirapeix, I., Morón-Nozaleda, G., Marinas, L., ... Parellada, M. (2014). Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC): Spanish Validation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *44*(8), 188–196. <https://doi.org/10.1007/s10803-014-2061-6>
- Laillier, R., Viard, A., Caillaud, M., Duclos, H., Bejanin, A., de La Sayette, V., ... Laisney, M. (2019). Neurocognitive determinants of theory of mind across the adult lifespan. *Brain and Cognition*, *136*. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2019.103588>
- Lamb, M. E., Gaensbauer, T. J., Malkin, C. M., & Schultz, L. A. (1985). The effects of child maltreatment on security of infant-adult attachment. *Infant Behavior and Development*, *8*(1), 35–45. [https://doi.org/10.1016/S0163-6383\(85\)80015-1](https://doi.org/10.1016/S0163-6383(85)80015-1)
- Laporte, L., & Guttman, H. (1996). Traumatic Childhood Experiences as Risk Factors for Borderline and other Personality Disorders. *Journal of Personality Disorders*, *10*(3), 247–259. <https://doi.org/10.1521/pedi.1996.10.3.247>
- Lecce, S., Ceccato, I., & Cavallini, E. (2019). Investigating ToM in aging with the MASC: from accuracy to error type. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, *26*(4), 541–557. <https://doi.org/10.1080/13825585.2018.1500996>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet*, *377*(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lenton-Brym, A. P., Moscovitch, D. A., Vidovic, V., Nilsen, E., & Friedman, O. (2018). Theory of mind ability in high socially anxious individuals. *Anxiety, Stress and Coping*, *31*(5), 487–499. <https://doi.org/10.1080/10615806.2018.1483021>
- Lerner, H., & Peter, S. S. (1984). The Rorschach H Response and Object Relations. *Journal of Personality Assessment*, *48*(4), 345–350. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4804_2
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*(4), 959–986. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050455>

- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its Vicissitudes in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 50–59. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0169-8>
- Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74(6), 1027–1040. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.6.1027>
- Lieberman, M. D. (2007). Social Cognitive Neuroscience: A Review of Core Processes. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 259–289. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085654>
- Limberg, A., Barnow, S., Freyberger, H. J., & Hamm, A. O. (2011). Emotional vulnerability in borderline personality disorder is cue specific and modulated by traumatization. *Biological Psychiatry*, 69(6), 574–582. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2010.10.024>
- Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for treatment of borderline personality disorder: implications for the treatment of substance abuse. *NIDA Research Monograph*, 137, 201–216. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8289922>
- Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 941–948. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.10.941>
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 24(3), 285–295. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.285>
- Lopez Leiva, V. A. (2007). *Competencias mentalistas en niños y adolescentes con altas capacidades cognitivas: implicaciones para el desarrollo socioemocional y la adaptación social*. Universidad Autónoma de Madrid.
- Loredo, A., Trejo, H., Garcia, P., Portillo, G., & Ortiz, G. (2011). Maltrato infantil: una acción interdisciplinaria e interinstitucional en México. Consenso de la Comisión para el Estudio y Atención Integral al Niño Maltratado. Segunda parte. *Salud Mental*, 34(1), 67–73. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/582/58216021009.pdf>
- Lorenzini, N., Fonagy, M. P. P., Phil, M., & Fonagy, P. (2013). Attachment and Personality Disorders: A Short Review. *Focus*, 11(2), 155–166. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.11.2.155>
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: a critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543–562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Luyten, P., van Houdenhove, B., Lemma, A., Target, M., & Fonagy, P. (2012). A

- mentalization-based approach to the understanding and treatment of functional somatic disorders. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26(2), 121–140. <https://doi.org/10.1080/02668734.2012.678061>
- Lynch, T. R., Rosenthal, M. Z., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Blair, R. J. R. (2006). Heightened sensitivity to facial expressions of emotion in borderline personality disorder. *Emotion*, 6(4), 647–655. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.647>
- Lyons-Ruth, K., Connell, D. B., Zoll, D., & Stahl, J. (1987). Infants at social risk: Relations among infant maltreatment, maternal behavior and infant attachment behavior. *Developmental Psychology*, 23(2), 223–232. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.23.2.223>
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). Attachment disorganization: Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 520–554). New York, NY, US: Guilford Press.
- M. Schaller, U., & Rauh, R. (2017). What Difference Does It Make? Implicit, Explicit and Complex Social Cognition in Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(4), 961–979. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-3008-x>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelont & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Main, Mary, Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66. <https://doi.org/10.2307/3333827>
- Manly, J. T. (2005). Advances in research definitions of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 29(5), 425–439. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.04.001>
- Marissen, M. A. E., Deen, M. L., & Franken, I. H. A. (2012). Disturbed emotion recognition in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 198(2), 269–273. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.12.042>
- Martinez, G., Alexandre, C., Mam-Lam-Fook, C., Bendjemaa, N., Gaillard, R., Garel, P., ... Krebs, M.-O. (2017). Phenotypic continuum between autism and schizophrenia: Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). *Schizophrenia Research*, 185, 161–166. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2017.01.012>
- Maurage, P., D'Hondt, F., de Timary, P., Mary, C., Franck, N., & Peyroux, E. (2016). Dissociating Affective and Cognitive Theory of Mind in Recently Detoxified Alcohol-Dependent Individuals. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 40(9), 1926–1934. <https://doi.org/10.1111/acer.13155>
- Mcclure, M. M., Graff, F., Triebwasser, J., Perez-Rodriguez, M., Rosell, D. R., Koenigsberg, H., ... McClure, M. M. (2019). Guanfacine Augmentation of a

- Combined Intervention of Computerized Cognitive Remediation Therapy and Social Skills Training for Schizotypal Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 176(4), 307–314. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.18030349>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of Personality Disorders*, 15(5), 371–389. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.5.371.19200>.
- Meyer, J. K., & Morey, L. C. (2015). Borderline personality features and associated difficulty in emotion perception: An examination of accuracy and bias. *Personality and Mental Health*, 9(3), 227–240. <https://doi.org/10.1002/pmh.1299>
- Mier, D., Lis, S., Esslinger, C., Sauer, C., Hagenhoff, M., Ulferts, J., ... Kirsch, P. (2013). Neuronal correlates of social cognition in borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(5), 531–537. <https://doi.org/10.1093/scan/nss028>
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S., & Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna* (2nd ed.). Barcelona: Elsevier Masson.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2006). *Maltrato Infantil: Detección, Notificación y Registro de Casos*. Madrid. Retrieved from <http://publicaciones.administracion.es>
- Minzenberg, M. J., Poole, J. H., & Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47(6), 468–474. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2006.03.005>
- Mirapeix, C., Vázquez, J., Simón, J. A., Gómez del Barrio, A., & Artal Simón, J. (2017). *Abordaje integrador del Trastorno Límite de la Personalidad*. Santander: Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla y CIBERSAM.
- Molnar, B. E., Buka, S. L., & Kessler, R. C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753–760. <https://doi.org/10.2105/ajph.91.5.753>
- Montag, C., Dziobek, I., Richter, I. S., Neuhaus, K., Lehmann, A., Sylla, R., ... Gallinat, J. (2011). Different aspects of theory of mind in paranoid schizophrenia: Evidence from a video-based assessment. *Psychiatry Research*, 186(2–3), 203–209. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.006>
- Montag, C., Ehrlich, A., Neuhaus, K., Dziobek, I., Heekeren, H. R., Heinz, A., & Gallinat, J. (2010). Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients. *Journal of Affective Disorders*, 123(1–3), 264–269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.08.017>
- Morales, J., Zunzunegui Pastor, V., & Martinez Salceda, V. (1997). Modelos conceptuales del maltrato infantil: una aproximación biopsicosocial. *Gaceta Sanitaria*, 11(5), 231–241. [https://doi.org/10.1016/S0213-9111\(97\)71302-5](https://doi.org/10.1016/S0213-9111(97)71302-5)
- Morelato, G. (2011). Maltrato infantil y desarrollo: hacia una revisión de los factores de resiliencia [Child abuse and development: Toward a review of the factors of

- resilience]. *Pensamiento Psicológico*, 9(17), 83–96. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2012-15864-007>
- Moreno Manso, J. M. (2004). Maltrato infantil: características familiares asociadas a situaciones de desprotección al menor. *Intervención Psicosocial*, 13(1), 99–115. Retrieved from <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179817825006.pdf>
- Morey, L. C., & Ambwani, S. (2008). The personality assessment inventory. In *The SAGE Handbook of Personality Theory and Assessment: Volume 2 - Personality Measurement and Testing* (pp. 626–645). SAGE Publications Inc.
- Morton, N., & Browne, K. D. (1998). Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse & Neglect*, 22(11), 1093–1104. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(98\)00088-x](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(98)00088-x)
- Müller, N., Baumeister, S., Dziobek, I., Banaschewski, T., & Poustka, L. (2016). Validation of the Movie for the Assessment of Social Cognition in Adolescents with ASD: Fixation Duration and Pupil Dilation as Predictors of Performance. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(9), 2831–2844. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2828-z>
- Németh, N., Mátrai, P., Hegyi, P., Czéh, B., Czopf, L., Hussain, A., ... Simon, M. (2018). Theory of mind disturbances in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 270, 143–153. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.08.049>
- New, A. S., Aan het Rot, M., Ripoll, L. H., Mercedes Perez-Rodriguez, M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26(5), 660–675. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.660>
- New, A. S., Aan Het Rot, M., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L. J. (2012). Empathy and Alexithymia in Borderline Personality Disorder: Clinical and Laboratory Measures. *Journal of Personality Disorders*. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_037
- Newbury-Helps, J., Feigenbaum, J., & Fonagy, P. (2017). Offenders with antisocial personality disorder display more impairments in mentalizing. *Journal of Personality Disorders*, 31(2), 232–255. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_246
- Nielsen, S., Anckarsäter, H., Gillberg, C., Gillberg, C., Råstam, M., & Wentz, E. (2015). Effects of autism spectrum disorders on outcome in teenage-onset anorexia nervosa evaluated by the Morgan-Russell outcome assessment schedule: A controlled community-based study. *Molecular Autism*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s13229-015-0013-4>
- Normann-Eide, E., Antonsen, B. T., Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Vaskinn, A., & Wilberg, T. (2020). Are impairments in theory of mind specific to borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 34(6), 827–841. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_417
- Nuechterlein, K. H., Barch, D. M., Gold, J. M., Goldberg, T. E., Green, M. F., & Heaton, R. K. (2004). Identification of separable cognitive factors in schizophrenia.

- Schizophrenia Research*, 72(1), 29–39. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2004.09.007>
- Oakley, B. F. M., Brewer, R., Bird, G., & Catmur, C. (2016). Theory of mind is not theory of emotion: A cautionary note on the reading the mind in the eyes test. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(6), 818–823. <https://doi.org/10.1037/abn0000182>
- Oliver, L. D., Moxon-Emre, I., Lai, M. C., Grennan, L., Voineskos, A. N., & Ameis, S. H. (2021, March 1). Social Cognitive Performance in Schizophrenia Spectrum Disorders Compared with Autism Spectrum Disorder: A Systematic Review, Meta-analysis, and Meta-regression. *JAMA Psychiatry*. American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.3908>
- Organización Mundial de la Salud. (2000). *Guía de Bolsillo de la Clasificación. CIE-10. Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Editorial Medica Panamericana S.A.
- Organización Mundial de la Salud. (2014). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014. Resumen de orientación*. Retrieved from https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/145089/WHO_NMH_NVI_14.2_spa.pdf;jsessionid=C17D882BDCA2B053CA420584489AF610?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (2019). CIE-11 Guía de Referencia.
- Paris, J., & Zweig-Frank, H. (2001). A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42(6), 482–487. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.26271>
- Pereda, N., & Forns, M. (2007). Prevalencia y características del abuso sexual infantil en estudiantes universitarios españoles. *Child Abuse & Neglect*, 31(4), 417–426. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.010>
- Perner, J., Frith, U., Leslie, A. M., & Leekam, S. R. (1989). Exploration of the autistic child's theory of mind: knowledge, belief, and communication. *Child Development*, 60(3), 688–700. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2737018>
- Perner, J., & Wimmer, H. (1985). “John thinks that Mary thinks that...” attribution of second-order beliefs by 5- to 10-year-old children. *Journal of Experimental Child Psychology*, 39(3), 437–471. [https://doi.org/10.1016/0022-0965\(85\)90051-7](https://doi.org/10.1016/0022-0965(85)90051-7)
- Pietrek, C., Elbert, T., Weierstall, R., Müller, O., & Rockstroh, B. (2013). Childhood adversities in relation to psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 206(1), 103–110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.003>
- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 247–260. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- Preißler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.3389/fnbeh.2010.00182>

- Preller, K. H., Hulka, L. M., Vonmoos, M., Jenni, D., Baumgartner, M. R., Seifritz, E., ... Quednow, B. B. (2014). Impaired emotional empathy and related social network deficits in cocaine users. *Addiction Biology*, *19*(3), 452–466. <https://doi.org/10.1111/adb.12070>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, *1*(4), 515–526. <https://doi.org/10.1017/S0140525X00076512>
- Price-Robertson, R., Higgins, D., & Vassallo, S. (2013). Multi-type maltreatment and polyvictimisation. A comparison of two research frameworks. *Family Matters*, (93), 86–98.
- Prochazkova, E., & Kret, M. E. (2017). Connecting minds and sharing emotions through mimicry: A neurocognitive model of emotional contagion. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *80*, 99–114. <https://doi.org/10.1016/J.NEUBIOREV.2017.05.013>
- Quek, J., Bennett, C., Melvin, G. A., Saeedi, N., Gordon, M. S., & Newman, L. K. (2018). An investigation of the mentalization-based model of borderline pathology in adolescents. *Comprehensiv*, 87–94. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.04.005>
- Quek, J., Newman, L., Bennet, C., Gordon, M. S., Saeed, N., & Melvin, G. A. (2017). Reflective function mediates the relationship between emotional maltreatment and borderline pathology in adolescents: A preliminary investigation. *Child Abuse & Neglect*, *72*, 215–226. <https://doi.org/10.1016/J.CHIABU.2017.08.008>
- Renneberg, B., Herm, K., Hahn, A., Staebler, K., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2012). Perception of Social Participation in Borderline Personality Disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, *19*(6), 473–480. <https://doi.org/10.1002/cpp.772>
- Renneberg, B., Heyn, K., Gebhard, R., & Bachmann, S. (2005). Facial expression of emotions in borderline personality disorder and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(3), 183–196. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.002>
- Richman, M. J., & Unoka, Z. (2015). Mental state decoding impairment in major depression and borderline personality disorder: meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(6), 483–489. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.152108>
- Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T., ... Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, *187*(1–2), 241–247. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2010.09.013>
- Roberts, R., McCrory, E., Bird, G., Sharp, M., Roberts, L., & Viding, E. (2020). Thinking about Others' Minds: Mental State Inference in Boys with Conduct Problems and Callous-Unemotional Traits. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *48*(10). <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00664-1>
- Rødgaard, E. M., Jensen, K., & Mottron, L. (2019). An opposite pattern of cognitive performance in autistic individuals with and without alexithymia. *Journal of*

Abnormal Psychology, 128(7), 735–737. <https://doi.org/10.1037/abn0000408>

- Rodriguez-Jimenez, R., Bagney, A., Garcia-Navarro, C., Aparicio, A. I., Lopez-Anton, R., Moreno-Ortega, M., ... Palomo, T. (2012). The MATRICS consensus cognitive battery (MCCB): co-norming and standardization in Spain. *Schizophrenia Research*, 134(2–3), 279–284. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2011.11.026>
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2012). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6, 195. <https://doi.org/10.3389/fnins.2012.00195>
- Rogosch, F. A., & Cicchetti, D. (2005). Child maltreatment, attention networks, and potential precursors to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1071–1089. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16613431>
- Rydén, E., & Bejerot, S. (2008). Autism spectrum disorders in an adult psychiatric population: A naturalistic cross-sectional controlled study. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 5(1), 13–21. Retrieved from <https://psycnet.apa.org/record/2008-07906-003>
- Sabbagh, M. A. (2004). Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: Implications for autism. *Brain and Cognition*, 55(1), 209–219. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2003.04.002>
- Saldaña, C., Jiménez, J., & Oliva, A. (1995). El maltrato infantil en España: Un estudio a través de los expedientes de menores. *Infancia y Aprendizaje*, 71, 59–78.
- Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., Bender, D. S., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., ... McGlashan, T. H. (2002). Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The American Journal of Psychiatry*, 159(2), 284–290. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.284>
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive Psychiatry*, 46(2), 117–120. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2004.07.033>
- Santos, J. M., Pousa, E., Soto, E., Comes, A., Roura, P., Arrufat, F. X., & Obiols, J. E. (2017). Theory of mind in euthymic bipolar patients and first-degree relatives. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(3), 207–212. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000595>
- Schilling, L., Wingenfeld, K., Löwe, B., Moritz, S., Terfehr, K., Köther, U., & Spitzer, C. (2012). Normal mind-reading capacity but higher response confidence in borderline personality disorder patients. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 66(4), 322–327. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2012.02334.x>
- Schmid, Y., Hysek, C. M., Simmler, L. D., Crockett, M. J., Quednow, B. B., & Liechti, M. E. (2014). Differential effects of MDMA and methylphenidate on social cognition. *Journal of Psychopharmacology (Oxford, England)*, 28(9), 847–856.

<https://doi.org/10.1177/0269881114542454>

- Schönenberg, M., Jusyte, A., Höhnle, N., Mayer, S. V., Weber, Y., Hautzinger, M., & Schell, C. (2015). Theory of mind abilities in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy and Behavior*, 53, 20–24. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2015.09.036>
- Schulze, L., Domes, G., Köppen, D., & Herpertz, S. C. (2013). Enhanced detection of emotional facial expressions in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 46(4), 217–224. <https://doi.org/10.1159/000341730>
- Scott, L. N., Levy, K. N., Adams, R. B., & Stevenson, M. T. (2011). Mental state decoding abilities in young adults with borderline personality disorder traits. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 98–112. <https://doi.org/10.1037/a0020011>
- Segal, H. G., Westen, D., Lohr, N. E., Silk, K. R., & Cohen, R. (1992). Assessing object relations and social cognition in borderline personality disorders from stories told to the picture arrangement subtest of the WAIS-R. *Journal of Personality Disorders*, 6(4), 458–470. <https://doi.org/10.1521/pedi.1992.6.4.458>
- Semerari, A., Colle, L., Pellecchia, G., Carcione, A., Conti, L., Fiore, D., ... Pedone, R. (2015). Personality Disorders and Mindreading: Specific Impairments in Patients with Borderline Personality Disorder Compared to Other PDs. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 203(8), 626–631. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000339>
- Semerari, A., Cucchi, M., Dimaggio, G., Cavadini, D., Carcione, A., Battelli, V., ... Smeraldi, E. (2012). The development of the Metacognition Assessment Interview: Instrument description, factor structure and reliability in a non-clinical sample. *Psychiatry Research*, 200(2–3), 890–895. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.07.015>
- Shamay-Tsoory, S. G. (2011). The neural bases for empathy. *The Neuroscientist: A Review Journal Bringing Neurobiology, Neurology and Psychiatry*, 17(1), 18–24. <https://doi.org/10.1177/1073858410379268>
- Shamay-Tsoory, S. G., Tibi-Elhanany, Y., & Aharon-Peretz, J. (2006). The ventromedial prefrontal cortex is involved in understanding affective but not cognitive theory of mind stories. *Social Neuroscience*, 1(3–4), 149–166. <https://doi.org/10.1080/17470910600985589>
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence - recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(12), 1266–1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Sharp, C., Ha, C., Carbone, C., Kim, S., Perry, K., Williams, L., & Fonagy, P. (2013). Hypermentalizing in adolescent inpatients: treatment effects and association with borderline traits. *Journal of Personality Disorders*, 27(1), 3–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.1.3>

- Sharp, C, Ha, C., Michonski, J., Venta, A., & Carbone, C. (2012). Borderline personality disorder in adolescents: evidence in support of the Childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(6), 765–774. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.12.003>
- Sharp, C, Pane, H., Ha, C., Venta, A., Patel, A. B., Sturek, J., & Fonagy, P. (2011). Theory of Mind and Emotion Regulation Difficulties in Adolescents With Borderline Traits. *JAAC*, *50*(6), 563–573. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.01.017>
- Sharp, C, & Vanwoerden, S. (2014a). Social cognition: empirical contribution. The developmental building blocks of psychopathic traits: revisiting the role of theory of mind. *Journal of Personality Disorders*, *28*(1), 78–95. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.78>
- Sharp, C, Venta, A., Vanwoerden, S., Schramm, A., Ha, C., Newlin, E., ... Fonagy, P. (2016). First empirical evaluation of the link between attachment, social cognition and borderline features in adolescents. *Comprehensive Psychiatry*, *64*, 4–11. <https://doi.org/10.1016/J.COMPPSYCH.2015.07.008>
- Sharp, C, & Vanwoerden, S. (2015). Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, *14*(1), 33–45. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890>
- Singer, T. (2006). The neuronal basis and ontogeny of empathy and mind reading: Review of literature and implications for future research. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *30*, 855–863. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2006.06.011>
- Sjølie, C., Meyn, E. K., Raudeberg, R., Andreassen, O. A., & Vaskinn, A. (2020). Nonsocial cognitive underpinnings of theory of mind in schizophrenia. *Psychiatry Research*, *289*, 113055. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113055>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 936–950. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01324-0)
- Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, *51*(12), 951–963. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)
- Sloman, L., & Taylor, P. (2016). Impact of Child Maltreatment on Attachment and Social Rank Systems. *Trauma, Violence, & Abuse*, *17*(2), 172–185. <https://doi.org/10.1177/1524838015584354>
- Smeets, T., Dziobek, I., & Wolf, O. T. (2009). Social cognition under stress: differential effects of stress-induced cortisol elevations in healthy young men and women. *Hormones and Behavior*, *55*(4), 507–513. <https://doi.org/10.1016/j.yhbeh.2009.01.011>
- Somma, A., Ferrara, M., Terrinoni, A., Frau, C., Ardizzone, I., Sharp, C., & Fossati, A.

- (2019). Hypermentalizing as a marker of borderline personality disorder in Italian adolescents: a cross-cultural replication of Sharp and colleagues' (2011) findings. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0104-5>
- Staebler, K., Renneberg, B., Stopsack, M., Fiedler, P., Weiler, M., & Roepke, S. (2011). Facial emotional expression in reaction to social exclusion in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 41(9), 1929–1938. <https://doi.org/10.1017/S0033291711000080>
- Stiglmayr, C. E., Grathwol, T., Linehan, M. M., Ihorst, G., Fahrenberg, J., & Bohus, M. (2005). Aversive tension in patients with borderline personality disorder: a computer-based controlled field study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 372–379. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2004.00466.x>
- Stone, M. H. (1980). The suicidal patient: points concerning diagnosis and intensive treatment. *The Psychiatric Quarterly*, 52(1), 52–70. <https://doi.org/10.1007/BF01072315>
- Stone, V. E., Baron-Cohen, S., & Knight, R. T. (1998). Frontal lobe contributions to theory of mind. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 10(5), 640–656. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9802997>
- Stuart, J., Westen, D., Lohr, N., Benjamin, J., Becker, S., Vorus, N., & Silk, K. (1990). Object Relations in Borderlines, Depressives, and Normals: An Examination of Human Responses on the Rorschach. *Journal of Personality Assessment*, 55(1–2), 296–318. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674068>
- Tirapu-Ustárroz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M., & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479–489. <https://doi.org/10.33588/rn.4408.2006295>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torío, S., & Peña, J. V. (2006). Etiología y factores de riesgo de los malos tratos intrafamiliares a la infancia. Intervención desde la escuela. *Revista Española de Pedagogía*, 64, 525–543. <https://doi.org/10.2307/23766171>
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*. Annu Rev Clin Psychol. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144009>
- Unoka, Z., Fogd, D., Füzy, M., & Csukly, G. (2011). Misreading the facial signs: Specific impairments and error patterns in recognition of facial emotions with negative valence in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 189(3), 419–425. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.02.010>
- Van Dijk, T. A. (1994). *Discurso, Poder y Cognición Social* (No. 2). Cuadernos. Universidad del Valle: Escuela de Ciencia del Lenguaje.

- van Elburg, A., Danner, U. N., Sternheim, L. C., Lammers, M., & Elzakkars, I. (2021). Mental Capacity, Decision-Making and Emotion Dysregulation in Severe Enduring Anorexia Nervosa. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.545317>
- van der Vegt, E. J., Tieman, W., van der Ende, J., Ferdinand, R. F., Verhulst, F. C., & Tiemeier, H. (2009). Impact of early childhood adversities on adult psychiatric disorders: A study of international adoptees. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 44(9), 724-731. doi: 10.1007/s00127-009-0494-6
- Vaskinn, A., & Abu-Akel, A. (2019). The interactive effect of autism and psychosis severity on theory of mind and functioning in schizophrenia. *Neuropsychology*, 33(2), 195–202. <https://doi.org/10.1037/neu0000499>
- Vaskinn, A., Andersson, S., Østefjells, T., Andreassen, O. A., & Sundet, K. (2018). Emotion perception, non-social cognition and symptoms as predictors of theory of mind in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 85, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.05.002>
- Vaskinn, A., Antonsen, B. T., Fretland, R. A., Dziobek, I., Sundet, K., & Wilberg, T. (2015). Theory of mind in women with borderline personality disorder or schizophrenia: differences in overall ability and error patterns. *Frontiers in Psychology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01239>
- Vaskinn, A., Hauger, L. E., & Bjørnebekk, A. (2020). Theory of mind in users of anabolic androgenic steroids. *Psychopharmacology*, 237(10), 3191–3199. <https://doi.org/10.1007/s00213-020-05603-y>
- Vaskinn, A., Melle, I., Aas, M., & Berg, A. O. (2021). Sexual abuse and physical neglect in childhood are associated with affective theory of mind in adults with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 23. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2020.100189>
- Veen, G., & Arntz, A. (2000). Multidimensional dichotomous thinking characterizes borderline personality disorder. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 23–45. <https://doi.org/10.1023/A:1005498824175>
- Ventura, G. N., Vicent, M., Maria, G., Blasco, S., Cobo, J., Gonzalo, S. F., ... Cardoner, N. (2021). Higher order theory of mind in patients with bipolar disorder and schizophrenia / schizoaffective disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 4. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01265-9>
- Von Ceumern-Lindenstjerna, I.-A., Brunner, R., Parzer, P., Mundt, C., Fiedler, P., & Resch, F. (2010). Initial Orienting to Emotional Faces in Female Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*, 43(2), 79–87. <https://doi.org/10.1159/000274176>
- Vonmoos, M., Eisenegger, C., Bosch, O. G., Preller, K. H., Hulka, L. M., Baumgartner, M., ... Quednow, B. B. (2019). Improvement of emotional empathy and cluster B personality disorder symptoms associated with decreased cocaine use severity. *Frontiers in Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00213>

- Wagner, A. W., & Linehan, M. M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: Implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders, 13*(4), 329–344. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.4.329>
- Washburn, D., Wilson, G., Roes, M., Rnic, K., & Harkness, K. L. (2016). Theory of mind in social anxiety disorder, depression, and comorbid conditions. *Journal of Anxiety Disorders, 37*, 71–77. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.11.004>
- Watson, D., Clark, L. A., & 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), 1063–1070. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Weightman, M. J., Air, T. M., & Baune, B. T. (2014). A Review of the Role of Social Cognition in Major Depressive Disorder. *Frontiers in Psychiatry, 5*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00179>
- Weijers, J., Ten Kate, C., Eurelings-Bontekoe, E., Viechtbauer, W., Rampaart, R., Bateman, A., & Selten, J.-P. (2016). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry, 16*, 191. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0902-x>
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Rainer, J. D., Greenhill, L., & Sarlin, M. B. (1977). Schizophrenics' adopting parents. Psychiatric status. *Archives of General Psychiatry, 34*(7), 777–784. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1977.01770190039003>
- Westen, D. (1991a). Clinical Assessment of Object Relations Using the TAT. *Journal of Personality Assessment, 56*(1), 56–74. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5601_6
- Westen, D. (1991b). Social cognition and object relations. *Psychological Bulletin, 109*(3), 429–455. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.109.3.429>
- Westen, D., Lohr, N., Silk, K. R., Gold, L., & Kerber, K. (1990). Object Relations and Social Cognition in Borderlines, Major Depressives, and Normals: A Thematic Apperception Test Analysis. *A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*(4), 355–364. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/1040-3590.2.4.355>
- Westen, D., Ludolph, P., Lerner, H., Ruffins, S., & Wiss, F. C. (1990). Object Relations in Borderline Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 29*(3), 338–348. <https://doi.org/10.1097/00004583-199005000-00002>
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: finding a common ground. *Journal of Personality Disorders, 19*(2), 110–130. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.2.110.62628>
- Wilbertz, G., Brakemeier, E.-L., Zobel, I., Härter, M., & Schramm, E. (2010). Exploring preoperational features in chronic depression. *Journal of Affective Disorders, 124*(3), 262–269. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.11.021>

- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). *Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception*. *Cognition* (Vol. 13). Retrieved from <http://www.sscnet.ucla.edu/polisci/faculty/chwe/austen/wimmerperner.pdf>
- Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Dziobek, I., Roepke, S., Otte, C., & Hinkelmann, K. (2016). Effects of mineralocorticoid receptor blockade on empathy in patients with major depressive disorder. *Cognitive, Affective and Behavioral Neuroscience*, *16*(5), 902–910. <https://doi.org/10.3758/s13415-016-0441-4>
- Wingenfeld, K., Kuehl, L. K., Janke, K., Hinkelmann, K., Dziobek, I., Fleischer, J., ... Roepke, S. (2014). Enhanced Emotional Empathy after Mineralocorticoid Receptor Stimulation in Women with Borderline Personality Disorder and Healthy Women. *Neuropsychopharmacology*, *39*(8), 1799–1804. <https://doi.org/10.1038/npp.2014.36>
- Winsper, C., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological Medicine*, *42*(11), 2405–2420. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Wolf, I., Dziobek, I., & Heekeren, H. R. (2010). Neural correlates of social cognition in naturalistic settings: A model-free analysis approach. *NeuroImage*, *49*(1), 894–904. <https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.08.060>
- Wolkenstein, L., Schönenberg, M., Schirm, E., & Hautzinger, M. (2011). I can see what you feel, but I can't deal with it: Impaired theory of mind in depression. *Journal of Affective Disorders*, *132*(1–2), 104–111. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.010>
- Wunderli, M. D., Vonmoos, M., Treichler, L., Zeller, C., Dziobek, I., Kraemer, T., ... Quednow, B. B. (2018). Social Cognition and Interaction in Chronic Users of 3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA, "Ecstasy"). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, *21*(4), 333–344. <https://doi.org/10.1093/ijnp/pyx098>
- Yárnöz-Yaben, S., & Comino, P. (2011). Evaluación del apego adulto: análisis de la convergencia entre diferentes instrumentos. Assessment of Adult Attachment: analysis of the convergence between different instruments. *Acción Psicológica*, *8*, 67–85. <https://doi.org/10.5944/ap.8.2.191>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zabihzadeh, A., Maleki, G., Richman, M. J., Hatami, A., Alimardani, Z., & Heidari, M. (2017). Affective and cognitive theory of mind in borderline personality disorder: The role of comorbid depression. *Psychiatry Research*, *257*, 144–149. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.034>
- Zainal, N. H., & Newman, M. G. (2018). Worry amplifies theory-of-mind reasoning for negatively valenced social stimuli in generalized anxiety disorder. *J Affect Disord*, *227*, 824–833. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.084>
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of

- borderline personality disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2007). The essential nature of borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 21(5), 518–535. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., & Vujanovic, A. A. (2002). Inter-rater and test-retest reliability of the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 270–276. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.270.22538>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 147(2), 161–167. <https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., Chauncey, D. L., & Glutting, J. H. (1991). The face validity of the DSM-III and DSM-III-R criteria sets for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 148(7), 870–874. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.7.870>
- Zanarini, M. C., Laudate, C. S., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2011). Predictors of self-mutilation in patients with borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *Journal of Psychiatric Research*, 45(6), 823–828. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.015>
- Zanarini, M. C., Williams, A. A., Lewis, R. E., Reich, R. B., Vera, S. C., Marino, M. F., ... Frankenburg, F. R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 154(8), 1101–1106. <https://doi.org/10.1176/ajp.154.8.1101>
- Zegarra-Valdivia, J., & Chino Vilca, B. (2017). Mentalización y teoría de la mente. *Rev Neuropsiquiatria*, 80(3), 189. <https://doi.org/10.20453/rnp.v80i3.3156>
- Zwick, J. C., & Wolkenstein, L. (2017). Facial emotion recognition, theory of mind and the role of facial mimicry in depression. *Journal of Affective Disorders*, 210, 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.022>