

Cómo citar este artículo:

García, A.C. y Camus, A. (2021). Eficacia de un programa de intervención basado en la terapia dialéctico-conductual en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *MLS Psychology Research* 4 (2), 71-92.
doi:10.33000/mlspr.v4i2.704.

EFICACIA DE UN PROGRAMA DE INTERVENCIÓN BASADO EN LA TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Andrea del Carmen García Saiz

Universidad Europea del Atlántico (España)

andrea.garcia2@alumnos.uneatlantico.es · <https://orcid.org/0000-0002-7099-785X>

Adrián Camus Bueno

Psicólogo

adrian.camusbueno@gmail.com · <https://orcid.org/0000-0002-7613-5126>

Resumen. El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se considera un grave problema de salud mental, siendo una de las intervenciones para su tratamiento más eficaces la Terapia Dialéctico Conductual (DBT). El objetivo de este estudio es comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional basado en la DBT para pacientes que tienen un diagnóstico de TLP, compuesto por cuatro bloques: mindfulness, eficacia interpersonal, regulación emocional y tolerancia al estrés. Se reclutó a 4 residentes del Centro Hospitalario Padre Menni de Santander, y se aplicó una evaluación pretratamiento y postratamiento, en formato individual, para medir las variables: ansiedad, depresión, funcionamiento global, regulación emocional, ideación suicida e impulsividad. Una vez realizada la valoración, se procedió con la intervención, compuesta por 14 sesiones con una frecuencia de 2 veces por semana, y duración de 45 minutos. Tras la aplicación se llevó a cabo el análisis de los resultados a través del estadístico ANOVA de medidas repetidas, aportando cambios estadísticamente significativos en la variable “regulación emocional” en la subescala supresión expresiva. Sin embargo, en base a los resultados obtenidos en la evaluación pre y postratamiento, si se ha producido un cambio clínicamente significativo, cumpliendo así de manera parcial los objetivos específicos. No obstante, se discutieron los resultados de la investigación planteando líneas a futuro en base a las limitaciones e implicaciones prácticas, contando con una muestra más significativa y adaptando el formato de la intervención.

Palabras clave: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctico-conductual, programa de gestión emocional, supresión expresiva.

EFFICACY OF AN INTERVENTION PROGRAMME BASED ON DIALECTICAL-BEHAVIOURAL THERAPY IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Abstract. Borderline Personality Disorder (BPD) is considered a serious mental health problem, and one of the most effective interventions for its treatment is Dialectical Behavior Therapy (DBT). The aim of this study is to test the efficacy of an emotional management program based on DBT for patients with a diagnosis of BPD, composed of four blocks: mindfulness, interpersonal effectiveness, emotional regulation and stress tolerance. Four residents of the Padre Menni Hospital Center in Santander were recruited, and a pre-treatment and post-treatment assessment was applied, in individual format, to measure the variables: anxiety, depression, global functioning, emotional regulation, suicidal ideation and impulsivity. Once the assessment was completed, we proceeded with the intervention, consisting of 14 sessions with a frequency of twice a week, and a duration of 45 minutes. After the application, the analysis of the results was carried out through repeated measures ANOVA, providing statistically significant changes in the variable "emotional regulation" in the expressive suppression subscale. However, based on the results obtained in the pre- and post-treatment evaluation, there was a clinically significant change, thus partially fulfilling the specific objectives. Nevertheless, the results of the research were discussed, proposing future lines based on the limitations and practical implications, counting on a more significant sample and adapting the format of the intervention.

Keywords: borderline personality disorder, dialectical-behavioural therapy, emotional management program, expressive suppression.

Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, común en la práctica clínica, y caracterizado por altos índices de suicidio, tasas elevadas de comorbilidad, deterioro funcional, un uso intensivo del tratamiento y altos costos para la sociedad (Bender et al., 2001; Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan & Bohus, 2004; Oldham, 2006; Skodol et al., 2002; Skodol et al., 2005). De acuerdo con la clasificación del DSM-5, el trastorno se caracteriza por un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, además de una fuerte impulsividad (American Psychiatric Association, 2014). El TLP es una patología que presenta la reputación de ser intratable, y en consecuencia las personas que lo padecen se tienen que enfrentar a un grave estigma, tanto en su entorno social como en los propios profesionales que les atienden (Black et al., 2011; Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen & Zanarini, 2018).

Las primeras manifestaciones del TLP se dan en torno a la pubertad y el inicio de la edad adulta, aunque la edad de diagnóstico suele estar comprendida entre los 19 y los 24 años de edad (Domènech, 2019). En consecuencia, el tratamiento se comienza a ofrecer cuando la persona se encuentra ya en una fase tardía del trastorno, observándose un deterioro funcional y complicaciones importantes a nivel iatrogénico, las cuales reducen la efectividad y eficacia de la intervención (Bateman, Gunderson & Mulder, 2015; Gunderson et al., 2011).

Aproximadamente, entre un 2% y un 6% de la población general sufre este trastorno, siendo más común que la esquizofrenia, el trastorno bipolar y el autismo (Grant et al., 2008). En los pacientes ambulatorios, se estima que entre el 15% y el 20% son

diagnosticados de TLP (Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005), mientras que, en los pacientes hospitalizados, la tasa puede llegar hasta el 25% (Zanarini et al., 2004). Según la Guía de práctica clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, el TLP es un trastorno más frecuente en mujeres, con un ratio de 3 mujeres diagnosticadas por cada hombre (Álvarez et al., 2011; Domènech, 2019). Otra de las características del TLP son sus altas tasas de intentos de suicidio, encontrando que entre el 60 y el 85% de los pacientes han intentado acabar con su vida en al menos una ocasión (Levy, McMain, Bateman & Clouthier, 2018; Pompili, Girardi, Ruberto & Tatarelli, 2005; Pos & Greenberg, 2007). Desgraciadamente, entre el 5% y el 10% de ellos, terminan poniendo fin a su vida (Goodman, Roiff, Oakes & Paris, 2011).

El TLP es un trastorno que presenta altas tasas de comorbilidad, destacando la depresión (al menos un 96% de los pacientes con TLP ha sufrido un episodio depresivo una vez en su vida), ansiedad (88%), TEPT (25-56%), consumo de sustancias (23-84%) y TCA (14-53%) (Biskin & Paris, 2013; Golier et al., 2003; Grant et al., 2008; Hurt & Brown, 1984; McGlashan et al., 2000; Mueser et al., 1998; Oldham et al., 1995; Pope, Jonas, Hudson, Cohen & Gunderson, 1983; Shah & Zanarini, 2018; Yen et al., 2002; Zanarini et al., 1998; Zanarini, Gunderson & Frankenburg, 1989; Zimmerman & Mattia, 1999). Las altas tasas de comorbilidad son un factor a tener en cuenta, ya que la sintomatología de los trastornos comórbidos puede eclipsar el TLP y, por lo tanto, dificultar o retrasar su diagnóstico.

La etiología del TLP es multifactorial, respondiendo a la interacción entre factores genéticos y ambientales. A nivel psicológico, algunos de los factores de riesgo que pueden desencadenar el desarrollo de este trastorno son el trauma infantil, el abuso sexual o emocional en la infancia, un entorno familiar invalidante, crianza desfavorable, relaciones objetales, apegos inseguros o sentimiento de abandono y la capacidad de simbolización-reflexión (Keinänen, Johnson, Richards & Courtney, 2012). Además, algunos rasgos de personalidad extremos que predisponen a padecer TLP serían neuroticismo, impulsividad, necesidades de estimulación y dependencia (Zanarini et al., 2020). Desde el punto de vista biológico, determinados estudios realizados con hermanos y familiares en relación al TLP, han demostrado que puede existir un importante componente genético en esta enfermedad, hallándose que el 11,5% de las personas con TLP presentan predisposición genética (Calati, Gressier, Balestri & Serretti, 2013). Y finalmente, a nivel social, se destacan factores de riesgo como la predominancia en cuanto al género de la persona, la clase social, raza, lenguaje, tecnología, cultura, economía política y estructuras y normas institucionales y profesionales (Brown, 1995). Sin embargo, también existen factores protectores en la infancia, como el número de relaciones emocionalmente sostenibles y la competencia en la infancia (Borkum et al., 2017).

Chanen (2015) propone algunas de las terapias que han sido eficaces en la intervención con TLP, destacando la Terapia Analítica Cognitiva (TAC) que se basa en la clásica terapia cognitivo-conductual (Chanen et al., 2009); la Capacitación en Regulación de las Emociones (ERT) o STEPPS, que es un programa de adquisición de habilidades (Blum et al., 2008); la Terapia Cognitiva de Beck (CBT), que es la clásica terapia basada en la identificación de creencias cognitivas y posterior modificación (DeRubeis, Keefe & Beck, 2019); la Terapia Centrada en el Esquema de Young (SFT), basada en la identificación y modificación de esquemas desadaptativos; la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), de orientación psicodinámica y basada en la teoría del apego (Rossouw & Fonagy, 2012), y la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), que es una

intervención que combina la terapia individual con la adquisición de habilidades (Mehlum et al., 2014).

Además de estas terapias encontramos el entrenamiento de sistemas para la predicción emocional y la resolución de problemas (Blum, Pfohl, John, Monahan & Black, 2002), la terapia de grupo de regulación de las emociones (Gratz & Tull, 2011; Gregory et al., 2008; Gross et al., 2002), la relación terapéutica orientada al motivo (Kramer, Guillory & Hancock, 2014), la psicoterapia centrada en la transferencia (Clarkin, Yeomans & Kernberg, 2006; Comtois, Elwood, Holdcraft, Smith & Simpson, 2007; Comtois et al., 2003) y la psicoterapia dinámica deconstructiva (Gregory & Remen, 2008).

La terapia dialéctico conductual (DBT), nace de la teoría de la desregulación emocional, postulada en 1993 por la autora Marsha Linehan, que defiende que en las personas con TLP se da una disminución de la capacidad para regular las emociones, concretamente las emociones más intensas y que se prolongan en el tiempo. Durante la infancia, si estas emociones no son validadas adecuadamente, desencadenarán en la adultez las conductas propias de la personalidad límite (Gunderson, Fruzzetti, Untuh & Choi-Kain, 2018; Linehan, 1993a). La DVT surge como respuesta a un colectivo que no se estaba beneficiando de la Terapia Cognitivo-Conductual (CBT) tradicional: mujeres con elevada ideación suicida. La autora integra el concepto de dialéctica, recuperándolo de la filosofía griega, y la estrategia de validación, con el objetivo de mejorar la eficacia de la terapia (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; Linehan, 1993a). Dentro de los primeros ensayos clínicos realizados para el tratamiento de acciones autolesivas, se vio que también los pacientes cumplían criterios de trastorno límite de la personalidad (TLP) (Leichsenring, Leibing, Kruse, New & Leweke, 2011).

El objetivo de la DBT es abordar la sintomatología del TLP, reemplazando las conductas de inadaptación e integrando otras conductas más eficaces que puedan ser utilizadas en su lugar (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; May, Richardi & Barth, 2016). Para ello, la terapia se dividió en dos grupos, una centrada fundamentalmente en el entrenamiento de habilidades (adquisición y consolidación) y la otra en la solución de problemas actuales y cuestiones de motivación. Las habilidades que se van a entrenar en cada módulo están transcritas en papel y se proporcionan en las sesiones. De forma tradicional, la DBT consta de cuatro partes: grupo de entrenamiento de habilidades, terapia individual, consulta telefónica y equipo de consulta de terapeutas. El grupo de entrenamiento en habilidades está dirigido a dotar de herramientas a los pacientes, para que puedan ser más eficaces en determinados comportamientos que son comunes a los pacientes con TLP, como la inestabilidad del yo, las relaciones caóticas, el miedo al abandono, la labilidad emocional y la impulsividad. Estas habilidades se aprenden a través de cuatro módulos: la atención plena, la eficacia interpersonal, la regulación emocional y la tolerancia al estrés. A su vez, estos cuatro bloques se clasifican en aptitudes: las aptitudes para el cambio, que engloban el bloque de eficacia interpersonal y de regulación emocional, y las aptitudes para la aceptación, que son la atención plena o mindfulness y la tolerancia al estrés (Linehan, 1993a; Linehan, 1993b; Linehan & Wilks, 2015; May, Richardi & Barth, 2016). El mindfulness es una de las habilidades centrales a trabajar en el transcurso de la terapia, concibiéndose el mismo como “atención plena”, y requiriendo una concentración en el aquí y el ahora, una conciencia centrada en el momento presente combinándolo con actitudes de aceptación y apertura (Kabat-Zinn, 2009; Linehan, 2014). La persona receptora de la terapia, se entrenará en habilidades centradas en entrenar a los pacientes en aquello que deben realizar en el momento que

practican mindfulness: observar, describir y actuar (habilidades “qué”) y las entendidas como la actitud que se debe tener al realizar esta práctica: de no juzgar, focalizando su atención y concentración en un momento determinado y ser eficaz (habilidades “cómo”). El objetivo es que la persona sea más eficaz en el manejo de las emociones menos deseables y dolorosas sin tratar de cambiarlas ni evitarlas (Elices et al., 2016; Linehan et al., 2015). En cuanto al bloque de eficacia interpersonal, se tratará de proporcionar a los pacientes las habilidades necesarias para relacionarse a través de tres apartados: alcanzar objetivos de asertividad y establecimiento de límites, crear y mantener relaciones, y respetarse a uno mismo, siendo justo y fieles con sus creencias y valores. Con todas estas herramientas, se trata de enseñar a las personas a tener en cuenta la complejidad de las relaciones y a cultivar el proceso de aceptación, flexibilidad y cambio, a la par que obtienen mejoras en la colaboración y comunicación con el resto de sujetos (Lenz, Del Conte, Hollenbaugh & Callendar, 2016; Rathus & Miller, 2015). Por otro lado, el objetivo del módulo de tolerancia al estrés es proporcionar aprendizaje a los pacientes a la hora de tolerar las emociones menos deseables y que se manifiestan de forma desregulada. Este módulo también se divide en dos partes, estando la primera enfocada al aprendizaje de habilidades para aquellas crisis que son a corto plazo, ayudándose de actividades de distracción o que proporcionen seguridad a la persona y le permitan autocalmarse. El segundo apartado está más orientado a brindar a los pacientes de herramientas a nivel conceptual que se centran en ideas de voluntad y aceptación radical para situaciones más duraderas en el tiempo como puede ser un duelo (Lenz, Del Conte, Hollenbaugh & Callendar, 2016; Linehan et al., 2015). Finalmente, en cuanto al bloque de regulación emocional, se enseña un conjunto de estrategias de comportamiento y cognitivas que ayudan a la reducción de emociones no deseadas y aumentar aquellas que sí sean demandadas. Se hace hincapié en la importancia que tiene el valor adaptativo de las emociones a la hora de comprenderlas, a través de habilidades de identificación y descripción de emociones, cambio de respuestas emocionales, disminución de la vulnerabilidad de emociones negativas y manejo de emociones más complicadas (Ekman & Davidson, 1994; Tooby & Cosmides, 1990).

En segundo lugar, la terapia individual se enfoca principalmente en seis áreas: las conductas parasuicidas, las conductas que interfieren con la terapia, las conductas que interfieren con la calidad de vida, la adquisición de habilidades conductuales, las conductas de estrés postraumático y las conductas de autoestima. El objetivo de esta parte de la terapia, es mejorar y complementar lo que se avanza en las sesiones de grupo (May, Richardi & Barth, 2016; Shearin & Linehan, 1993). Por otro lado, la consulta telefónica permite al paciente contactar con el terapeuta para que se le proporcione orientación en el momento. Las llamadas están orientadas a que el paciente pueda pedir ayuda de forma efectiva y aplicar las habilidades aprendidas durante las sesiones, especialmente en momentos de crisis. Por último, el equipo de consulta de terapeutas se trata de una reunión semanal en la que todos los terapeutas que estén proporcionando DBT se agrupan. Las sesiones con pacientes que tienen ideación altamente suicida pueden ser estresantes para los terapeutas, por lo que es esencial mantener la motivación y el compromiso para optimizar las sesiones de terapia (Linehan, 1993a; May, Richardi & Barth, 2016).

La DBT se considera uno de los tratamientos de primera elección para pacientes con alto riesgo suicida y acumula evidencia científica acerca de su eficacia para el tratamiento del TLP, según las últimas revisiones (Choi-Kain, Albert & Gunderson, 2016; Linehan et al., 2015; May, Richardi & Barth, 2016; Rios, 2020; Storebø et al., 2020). El trastorno límite de la personalidad es una condición grave e incapacitante, que presenta una alta prevalencia sobre todo a nivel hospitalario. Recientemente están surgiendo

nuevos enfoques de tratamiento para este trastorno, que abren un campo de estudio en relación a la eficacia de los mismos. La DBT es respaldada por la comunidad científica; de hecho, algunos autores afirman que es el único tratamiento psicológico que hasta la fecha ha resultado ser eficaz en el manejo de la sintomatología de las personas con TLP. En base a esta evidencia se propone el objetivo principal de este estudio, que es comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional basado en la DBT en pacientes hospitalizados con TLP. Además, se proponen los siguientes objetivos específicos:

- Dotar a los sujetos de las herramientas adecuadas y las estrategias concretas destinadas a manejar los síntomas que derivan de su diagnóstico.
- Aprender a manejar los propios comportamientos, emociones y pensamientos que se relacionan con las dificultades en el día a día y llegan a producir malestar.
- Poner en práctica el aprendizaje de conductas adaptativas y funcionales.

Se trabajó desde la hipótesis de que el programa de gestión emocional, basado en la DBT, es eficaz en relación a las variables evaluadas. Es decir, que la aplicación del programa diseñado tiene un efecto positivo en los sujetos del estudio, en relación a la mejora de las variables evaluadas, que componen la sintomatología del TLP. Como demuestra la bibliografía reciente, se trata de una intervención diseñada específicamente para tratar el cuadro límite, y la efectividad de ese tratamiento ha sido corroborada, por lo tanto, este estudio versa sobre la comprobación de dicha efectividad.

Método

Diseño

El diseño de la investigación es un caso único con datos agregados puesto que se caracteriza por un registro continuado a lo largo del tiempo (sesiones) de la conducta de forma individual de cada sujeto, antes, durante y posteriormente a la retirada de la intervención, tratando de estimar el tamaño del efecto del tratamiento. Para este proceso se hace una pre-evaluación, acto seguido se procede a la aplicación del programa de intervención, para finalmente llevar a cabo la post-evaluación; con todo esto se trata de ver la utilidad que puede tener el tratamiento aplicado y los cambios que experimenta el paciente en relación a su conducta. Por otro lado, la metodología para este proyecto es cuantitativa, así como para el análisis de datos, el estadístico que se emplea es ANOVA de medidas repetidas.

Participantes

En este proyecto, se plantea que la muestra sea de 4 pacientes, un hombre y tres mujeres que residen en el Centro Hospitalario Padre Menni (Santander, Cantabria). El método de reclutamiento fue discrecional, es decir, no se utilizaron herramientas probabilísticas. El único criterio de inclusión para la selección de los participantes fue que tuvieran un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad (TLP).

Instrumentos

Las variables a tener en cuenta en este proyecto de investigación están divididas en tres grupos:

- Variables dependientes: Ansiedad, depresión, ideación suicida, regulación emocional, funcionamiento global e impulsividad.
- Variable independiente: intervención.
- Covariable: edad.

Cuestionario de Regulación Emocional (ERQ).

El instrumento evalúa, a través de 10 ítems, dos tipos de estrategias para la variable de regulación emocional: la reevaluación cognitiva (6 ítems) y la supresión expresiva (4 ítems). Para responder a los ítems se utiliza una escala de tipo Likert, cuyas opciones de respuesta abarcan desde 1 (totalmente desacuerdo) hasta 7 (muy de acuerdo), siendo un ejemplo de ítem “Cuando quiero incrementar mis emociones positivas, cambio el tema sobre el que estoy pensando”. Las preguntas en esta escala se encuentran relacionadas con la vida emocional (cómo se controlan y regulan las emociones), teniendo en cuenta dos aspectos principales, siendo uno la experiencia emocional y el otro la expresión emocional. (Balzarotti et al., 2010; Butler et al., 2007; Gillanders, Wild, Deighan & Gillanders, 2008; Gross & John, 2003; Ioannidis & Siegling, 2015; Verzeletti, Zammuner, Galli, Agnoli & Duregger, 2016; Westerlund & Santtila, 2018; Westerlund, Santtila & Antfolk, 2020). El alfa de Cronbach para la subescala de supresión, fue de 0,75, mientras que la reevaluación obtuvo un índice de 0,79 (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal & Gross, 2013; González, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda & Extremera, 2006).

Inventario de Depresión de Beck (BDI-IA).

Este test presenta el objetivo de medir la variable “depresión” en los sujetos (Sanz, 2013; Vázquez & Sanz, 1997), por lo cual, está constituido por 21 ítems ordenados de menor a mayor gravedad, explicando en cada uno una determinada manifestación depresiva que es evaluada por el propio sujeto, seleccionando la frase que mejor se ajuste a la situación que presenta actualmente (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Conde, Esteban & Useros, 1976; Conde & Franch, 1984). Se presentan 4 alternativas de respuesta según la severidad, siendo la puntuación igual en todos los ítems, de 0 a 3, por ejemplo: 0- “No me siento como un fracasado”, 1- “He tenido más fracasos que la mayoría de la gente”, 2- “Cuando miro hacia atrás lo único que veo es un fracaso tras otro”, 3- “Soy un fracaso total como persona”. Las puntuaciones de corte que marcan la gravedad de la depresión son 0-9 para depresión mínima, 10-16 para depresión leve, 17-29 para depresión moderada, y 30-63 para depresión grave (Beck & Steer, 1993; Beck, Steer & Carbin, 1988; Sanz, 2013). En cuanto a la consistencia interna del instrumento, presenta un alfa de Cronbach de 0.83, destacando un alto índice de fiabilidad de la escala (Sanz & Vázquez, 1998; Vázquez, Avia, Alonso & Fernández, 1989; Vázquez & Sanz, 1997).

Escala de Impulsividad de Barratt (BIS).

Cuestionario diseñado con el objetivo de evaluar la tendencia a la impulsividad (medir la impulsividad en los sujetos) (Oquendo, Beca-García, Graver, Morales & Montalvan, 2001). El instrumento está compuesto por 30 ítems divididos en 3 subescalas: impulsividad cognitiva (8 ítems), impulsividad motora (10 ítems) e impulsividad no planeada (12 ítems). Todos los ítems presentan cuatro opciones de respuesta, en una escala de tipo Likert que van de 0 (raramente o nunca) hasta 4 (siempre o casi siempre). Algunos ejemplos de los ítems son: “Digo las cosas sin pensarlas”, “Hago las cosas en el

momento que se me ocurren”, o “Compro cosas impulsivamente” (Guerrero Gallarday & Olano Yalta, 2017; Salvo & Castro, 2013). Sin embargo se utiliza la mediana de la distribución en pacientes psiquiátricos, del estudio de validación española de la escala. Para la impulsividad cognitiva y la motora, la mediana es 9,5, para la impulsividad no planeada es de 14, y para la escala en su totalidad es de 32,5 (Oquendo et al., 2001). En relación a su interpretación, no existe un punto de corte propuesto, En base a la consistencia interna obtuvieron valores 0.87 en el alfa de Cronbach, lo que fue un indicador claro de la alta fiabilidad que posee el test (Martínez-Loredo, Fernández-Hermida, Fernández-Artamendi, Carballo & García-Rodríguez, 2015; Salvo & Castro, 2013; Stanford et al., 2009; Von Diemen, Szobot, Kessler & Pechansky, 2007).

Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI).

Esta escala evalúa la ansiedad estado (estado emocional transitorio) y la ansiedad rasgo (tendencia ansiosa estable en el tiempo). Cada subescala cuenta con un total de 20 ítems en un sistema de respuesta de tipo Likert, (de 0-nada a 3-mucho). Por ejemplo: “Estoy relajado”, 0- Nada, 1-Algo, 2-Bastante, 3-Mucho. La puntuación máxima en cada una de las dos subescalas es de 60 (Castillo, Chacón & Díaz, 2016; Marteau & Bekker, 1992). Para el factor de la ansiedad rasgo, según la adaptación española del STAI se estima un valor de consistencia interna de 0.90, así como para la subescala de ansiedad estado se sitúa en 0.94 reflejando así un índice muy bueno de fiabilidad (Riquelme & Casal, 2011).

Escala de Evaluación Global de Funcionamiento (GAF).

Esta prueba considera la actividad psicológica, social y laboral a través de un hipotético continuo de salud-enfermedad (APA, 2002). La puntuación del test es anotada por parte del evaluador tras una entrevista con el sujeto, la cual oscila entre 0 (expectativa de muerte) y 100 (actividad satisfactoria) teniendo en cuenta los últimos doce meses con respecto a los síntomas que presenta el sujeto, las actividades que realiza y las relaciones sociales en las que se apoya (Odriozola, Isasi & Arrillaga, 2003). En relación a las propiedades psicométricas, presenta una consistencia interna de 0.62, por lo que tiene una fiabilidad aceptable (Hall, 1995).

Escala de Ideación Suicida de Beck (SSI).

Instrumento cuya funcionalidad es cuantificar la intencionalidad suicida a través de la evaluación de ideas o pensamientos autodestructivos. La escala se encuentra constituida por 21 ítems en la versión española, los cuales constan de 3 alternativas de respuesta, en una escala de tipo Likert. Así mismo, este inventario lo puede completar un psicólogo en función de las respuestas proporcionadas por el paciente en una entrevista semiestructurada (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Teruel, Martínez & León, 2014). Un ejemplo de ítem sería “Razones para el intento contemplado”: 0- Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse; 1- Combinación de 0 y 2; 2- Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta. Finalmente, la consistencia interna es de 0.89 para la población en general siendo un índice muy alto de fiabilidad (Beck, Kovacs & Weissman, 1979; Sánchez Teruel, García León & Muela Martínez, 2013).

Procedimiento

Previamente al comienzo del programa, se llevó el proyecto a evaluación a través del Comité de Ética de la Universidad Europea del Atlántico, el cual aprobó la realización de la investigación. La selección de la muestra se realizó en el Centro Hospitalario Padre Menni, siendo así pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad (TLP). En cuanto a la administración de los instrumentos, se realizó una pre- y una post-evaluación en sesiones independientes al programa. A todos los participantes se les informó que iban a formar parte de un estudio, se les explicó las características y los objetivos de éste; a continuación, se les comunicó que su participación era de forma totalmente voluntaria, anónima y que habría completa confidencialidad acerca de los datos obtenidos; además, se les hizo entender que al ser un acto voluntario podían abandonar, aunque debían de firmar un consentimiento informado. El estudio consistió en la realización de un programa de gestión emocional, basado en la terapia dialéctico conductual (DBT), compuesto por 14 sesiones de carácter individual más 2 de evaluación. La intervención se llevará a cabo dos veces por semana, en sesiones con una duración aproximada de 45 minutos, estableciendo como dinámica para las sesiones, la presentación de una teoría relacionada con la temática de regulación emocional combinado con uno o varios ejercicios con el consiguiente objetivo de que sean completados por el paciente para la siguiente sesión. Además, cada sesión está precedida de un ejercicio de mindfulness, así como se da por finalizada a través de un ejercicio que consiste en resumir la sesión por medio de una única frase. El programa se encuentra compuesto por 4 bloques, que se describen a continuación:

- **Habilidades de mindfulness:** este módulo está compuesto por las cuatro primeras sesiones, en las que se trata de introducir a los participantes en el concepto de “atención plena”, a través de psicoeducación y ejercicios experienciales, así como meditaciones guiadas.
- **Eficacia interpersonal:** abarca de la sesión 5 a la 8, en las cuales se trata de fomentar las habilidades de asertividad y respeto a uno mismo, clarificando en todo momento las prioridades y objetivos de la persona en sus relaciones.
- **Tolerancia al estrés:** en este módulo se dota a los participantes de herramientas y estrategias concretas para hacer frente a situaciones difíciles de gestionar y que les generen niveles altos de estrés, a través de 3 sesiones (sesiones 9,10 y 11).
- **Regulación emocional:** finalmente, se cierra la intervención con el módulo de regulación emocional, que comprende las 3 últimas sesiones. Esta parte de la intervención se enfoca en instruir a los pacientes acerca de las emociones y de cómo gestionarlas cuando aparecen. Asimismo, se centra en cómo analizar una situación para poder identificar e interpretar de qué forma se vinculan determinados pensamientos y emociones, y si estas últimas son o no adaptativas.

Con ello se tratará de dotar al paciente de aquellas herramientas y habilidades necesarias para la mejora en el desempeño de su vida diaria, así como con un incremento en su calidad de vida.

Análisis de datos

Para analizar y comparar los resultados obtenidos se utiliza el programa estadístico SPSS, que ha permitido en primer lugar conocer las características de la muestra a partir de los estadísticos descriptivos media y desviación típica. En segundo lugar, y para

comparar los datos obtenidos entre la evaluación pretratamiento y postratamiento, se utilizó el estadístico ANOVA de medidas repetidas, con un factor intrasujeto. Este estadístico se utilizó con el objetivo de comprobar si se habían dado diferencias significativas en cuanto a la aplicación del programa de gestión emocional en las variables medidas.

Cabe destacar que, en este proyecto, todas las variables medidas presentan una mejoría si se obtiene una puntuación menor en el postratamiento frente al pretratamiento, excepto en funcionamiento global, donde a mayor puntuación directa se muestra una mejora.

Resultados

A continuación, se muestran en la tabla 1 las características sociodemográficas de la muestra.

Tabla 1

Características sociodemográficas y clínicas de los participantes.

Características	Muestra
Edad	38.25 ± 6.131
Mujer	3 (75%)
Hombre	1 (25%)
Diagnóstico Principal	
Trastorno Límite de la Personalidad	4 (100%)
Otros	0 (0%)
VARIABLES CLÍNICAS	
Actividad Global	56.25 ± 8.54
Ideación Suicida	0.50 ± 1
Depresión	13.75 ± 8.73
Ansiedad-Estado	27.50 ± 15.17
Ansiedad-Rasgo	25.75 ± 9.29
Impulsividad	49 ± 15.81
Reevaluación Cognitiva	5.04 ± 0.99
Supresión Cognitiva	3.50 ± 0.87

Nota. Esta tabla muestra los valores obtenidos tras analizar la información adquirida durante el proceso de intervención, a través de estadísticos descriptivos.

Tras el análisis de las puntuaciones obtenidas en las escalas, a través del estudio de la varianza, se obtuvieron los resultados que determinan la veracidad de la hipótesis planteada. Dichos resultados muestran que, del conjunto de variables evaluadas, es la regulación emocional en su subescala de supresión expresiva en la que se obtiene una $p < 0.05$ ($p = 0.016$). Los resultados se detallan en la tabla 2.

Tabla 2

Resultados de ANOVA de medidas repetidas para las variables clínicas.

Variables ¹	Pre	Post	F	GI	Sig.	η^2
BDI-IA	12.25	13.75	0.586	1	0.524	0.227
STAI A.E	21.75	27.50	0.705	1	0.490	0.261
STAI A.R	27.75	25.75	5.472	1	0.144	0.732
BIS-11	49.00	49.00	0.01	1	0.929	0.005
ERQ R.C	5.4250	5.0400	1.062	1	0.411	0.347
ERQ S.E	3.5625	3.500	61.581	1	0.016*	0.969
SSI	3.00	0.50	6.668	1	0.123	0.769
GAF	53.75	56.25	1.717	1	0.320	0.462

Nota. Esta tabla muestra la media de los resultados obtenidos en las variables evaluadas durante el programa de gestión emocional para personas con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). ¹ Sintomatología evaluada mediante instrumentos al inicio y final de la intervención. * $p < 0.05$

Pre: Pretratamiento, Post: Postratamiento, F: Valor, GI: Grados de Libertad, Sig: Significación, η^2 : Eta Parcial al Cuadrado, GAF: Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG), SSI: Escala de Ideación Suicida, BDI-IA: Inventario de Depresión de Beck, STAI: Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (A.E: Ansiedad Estado y A.R: Ansiedad Rasgo), BIS-11: Escala de Impulsividad de Barratt y ERQ: Cuestionario de Regulación Emocional (R.C: Reevaluación Cognitiva y S.E: Supresión Expresiva).

Discusión

El objetivo principal del estudio fue comprobar la eficacia de un programa de gestión emocional en pacientes con diagnóstico de TLP. Dicho objetivo se ha cumplido ya que se ha podido desarrollar el programa en su formato individual, así como también ha sido posible la consecución de los objetivos específicos. Los participantes se han beneficiado a nivel de estrategias y herramientas, han aprendido a manejar emociones, pensamientos y conductas que interfieren en su día a día, y han logrado poner en práctica dicho aprendizaje a través de conductas más adaptativas y funcionales.

Sin embargo, no se puede aceptar la hipótesis del estudio ya que no se cuentan con suficientes datos empíricos que demuestran que la intervención es eficaz en las variables evaluadas. Sí que se podría afirmar que la intervención es eficaz en relación a la variable “regulación emocional”, en la subescala de supresión expresiva, lo que plantea determinadas conclusiones. La supresión expresiva es una estrategia de regulación emocional que se basa en suprimir o modular la respuesta emocional. Se trata de una estrategia centrada en la respuesta, porque se utiliza para regular la emoción después de que esta ya se ha generado (Dryman & Heimberg, 2018; Gross & Jazaieri, 2014). Esta conclusión reafirma la evidencia que ya se tenía de que la DBT es eficaz en la reducción de la supresión emocional (Dellanoce, 2019; Linehan, 1993). Asimismo, es importante mencionar no sólo los cambios estadísticamente significativos, sino los que se han producido a nivel clínico teniendo en cuenta la covariable edad. En el caso del sujeto 1, cabe mencionar que la puntuación directa en la escala de depresión, desciende 8 puntos de la evaluación pretratamiento al postratamiento, lo que indica que la participante pasa

de tener depresión “moderada” a depresión “leve”. En el metaanálisis realizado por la Colaboración Cochrane en 2020, se llegó a la conclusión de que la DBT era eficaz en la reducción de la sintomatología depresiva, en comparación con la ausencia de tratamiento. El mismo estudio reveló que la DBT es más eficaz que el tratamiento habitual en la reducción de la impulsividad, lo que concuerda con los datos obtenidos en el sujeto 2, que presenta una disminución de 14 puntos en la puntuación directa obtenida en la escala de impulsividad (Storebø et al., 2020). Por otro lado, en el sujeto 3 se puede ver cómo ha disminuido la puntuación entre la evaluación pretratamiento y postratamiento en la medida de la variable de regulación emocional, en la subescala de reevaluación cognitiva. Además, en el sujeto 4 se puede ver que la puntuación directa en la escala de ideación suicida pasa de 7 en la evaluación pretratamiento a 0 en la postratamiento, lo que se interpreta como clínicamente significativo. Finalmente, de forma general y atendiendo a la media de las medidas de pretratamiento y postratamiento de los 4 sujetos, se puede ver una mejoría clínica en las variables de ansiedad (subescala rasgo), ambas subescalas de regulación emocional, ideación suicida y funcionamiento global. Revisar en la tabla 2. Estos hechos indican que a pesar de que los resultados del estudio no muestran un cambio estadísticamente significativo y por lo tanto no se puede aprobar la hipótesis del estudio, sí que se puede afirmar que cada sujeto ha obtenido un beneficio clínicamente observable.

En lo que respecta a su aplicación, cabe destacar las limitaciones de la investigación, ya que la muestra se considera poco representativa, al ser n inferior a 30 sujetos, así como el perfil de los participantes difería mucho, teniendo en cuenta que cada uno se ha beneficiado en mayor medida de determinadas partes de la intervención, lo que se ve reflejado en las puntuaciones de la evaluación postratamiento. Por otro lado, las variables han podido suponer un condicionante en cuanto a los resultados, ya que algunas de ellas dependían más de factores externos a la intervención que de la propia terapia. Asimismo, en relación a los instrumentos, sería interesante hacer una revisión de los pruebas de evaluación utilizadas, con el objetivo de aplicar versiones más actualizadas y adecuadas a la finalidad del estudio. Otro factor limitante sería que el programa fue llevado a cabo en un espacio corto de tiempo (8 semanas), se puede deducir que hubiera sido probablemente más eficaz si se hubiese realizado en un número más amplio de sesiones, siendo la duración mayor a 2 meses y con mayor continuidad a lo largo de las semanas, es decir, con mayor número de horas semanales, sin exceder los límites de saturación del individuo. Otro punto a destacar sería el seguimiento de la práctica diaria, ya que la mayor parte de las veces, la mayoría de individuos no traían cumplimentado actividades propuestas, lo que podría ser un factor limitante a la hora de obtener mejoras en los post-test. Por otro lado, una limitación clave a destacar es la escasa originalidad del programa de intervención aplicado, ya que es muy fiel a la estructura original de la DBT, propuesta por Marcha Linehan. Finalmente, se hace necesario hacer referencia al nivel de activación que recibe cada sujeto en función de la unidad en la que se encuentre hospitalizado, así como la situación personal que hayan tenido a lo largo del proceso de tratamiento, que sin duda puede haber influido de cara a los resultados, del mismo modo que lo ha hecho la situación vivida durante la pandemia por el COVID-19.

En cuanto a las implicaciones prácticas de la investigación se consideran muy ricas a nivel clínico, principalmente en relación al perfil de los participantes, ya que permite un aprovechamiento mayor del tratamiento. A pesar de que los resultados estadísticos no revelen una mejoría, el funcionamiento diario de los pacientes cambió y pudieron aprovecharse de los recursos que se les brindó a través del programa, lo que podría interpretarse como un éxito terapéutico.

En consecuencia, como líneas de investigación a futuro, en primer lugar, se hace necesario destacar la importancia que tendría el realizar este mismo estudio con una n de

muestra significativa, a la par que llevando a cabo el programa en un espacio de tiempo asequible, donde permita incidir de manera extensa, completa y necesaria en los 4 bloques que lo conforman, así como con una continuidad semanal positiva; además, podría plantearse que el formato de tratamiento no fuese solo individual, sino también grupal para que los propios integrantes del estudio puedan aprender los unos de los otros. De hecho, se podría plantear una revisión del programa de intervención utilizado, tratando de que tenga un enfoque menos teórico y más práctico, dinamizando las sesiones y dando prioridad al establecimiento del vínculo terapeuta-paciente, donde se cree un espacio en el que se propicie la expresión emocional, así como un feedback por parte del paciente en relación a cómo integra las habilidades que va adquiriendo en la terapia, y el uso que les da en su día a día. Por ello, una vez analizados los resultados obtenidos en este trabajo, sería importante incidir más a la hora de intervenir en las variables que tengan una puntuación que diste en exceso de lo que se considera cambio significativo ($p < 0.05$). Finalmente, aplicar el programa en otros pacientes que no necesariamente tengan un diagnóstico de TLP, ya que se ha demostrado que la DBT puede ser eficaz con otro tipo de patologías.

Conclusión

La DBT ha demostrado su eficacia en múltiples ocasiones, y ha sido valorada por la Colaboración Cochrane como la terapia más eficaz en el tratamiento del TLP. El objetivo que se persigue con este estudio es comprobar la eficacia de un programa basado en la DBT en pacientes con TLP, y aunque los resultados muestran conclusiones significativas a nivel estadístico en una única variable, sí se dan mejoras clínicas en otras variables en los sujetos de la investigación. Esto hace referencia a la regulación emocional, más concretamente en la subescala supresión expresiva en la que se ha dado un cambio tanto estadístico como clínicamente significativo. En el resto de variables no se ha hallado una mejoría, si bien sí se ha podido observar que todos los pacientes se han beneficiado de cada uno de los módulos de la intervención, destacando las habilidades de eficacia interpersonal y de atención plena. Este hecho se traduce en que a pesar de que no se ha dado un cambio significativo a nivel estadístico, la intervención ha resultado efectiva a nivel clínico, en cuanto que los participantes han mejorado su funcionamiento social y poseen una mayor amplitud de recursos, a través de los cuales pueden gestionar mejor sus emociones, autorregularse y frenar aquellas conductas impulsivas que son perjudiciales para sí mismas. No obstante, se deja constancia de la necesidad de realizar una nueva investigación teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio y aportando nuevas líneas de estudio que favorezcan tanto a los propios sujetos como a la psicología como ciencia.

Referencias

- Álvarez, C., Andión, O., Barral, C., Calvo, N., Casadella, M., & Casañas, R. (2011). *Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-5-R, 5ª*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- Asociación Psiquiátrica Americana. (2002). *DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *Lancet*, 385(9969), 735–743. Doi:10.1016/S0140-6736(14)61394-5
- Balzarotti, S., John, O. P., & Gross, J. J. (2010). An Italian adaptation of the emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment* (2010) 26, pp. 61-67. Doi:10.1027/1015-5759/a000009
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343. Doi:10.1037/0022-006x.47.2.343
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77–100. Doi:10.1016/0272-7358(88)90050-5
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., ... & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of psychiatry*, 158(2), 295-302. Doi:10.1176/appi.ajp.158.2.295
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2013). Comorbidities in borderline personality disorder: real-world issues and treatment implications. *Psychiatric Times*, 30(1), 29-29.
- Black, D. W., Pfohl, B., Blum, N., McCormick, B., Allen, J., North, C. S., ... & Zimmerman, M. (2011). Attitudes toward borderline personality disorder: a survey of 706 mental health clinicians. *CNS spectrums*, 16(3), 67-74. Doi:10.1017/s109285291200020x
- Blum, N., Pfohl, B., John, D. S., 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. Doi:10.1053/comp.2002.33497
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., . . . & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468–478. Doi:10.1176/appi.ajp.2007.0707107
- Borkum, D. B., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., Goodman, M., & Zanarini, M. C. (2017). Prevalence rates of childhood protective factors in adolescents with BPD, psychiatrically healthy adolescents, and adults with BPD. *Personal Mental Health*, 11, 189–194. Doi:10.1002/pmh.1380

- Brown, P. (1995). Naming and framing: The social construction of diagnosis and illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 35, 34–52. Doi:10.2307/2626956
- Butler, E. A., Lee, T. L., & Gross, J. J. (2007). Emotion regulation and culture: Are the social consequences of emotion suppression culture-specific? *Emotion*, 7(1), 30–48. Doi:10.1037/1528-3542.7.1.30.
- Cabello, R., Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., & Gross, J. J. (2013). A Spanish adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29(4), 234. Doi:10.1027/1015-5759/a000150
- Calati, R., Gressier, F., Balestri, M., & Serretti, A. (2013). Genetic modulation of borderline personality disorder: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1275–1287. Doi:10.1016/j.jpsychires.2013.06.
- Castillo Pimienta, C., Chacón de la Cruz, T., & Díaz-Véliz, G. (2016). Ansiedad y fuentes de estrés académico en estudiantes de carreras de la salud. *Investigación en educación médica*, 5(20), 230-237. Doi:10.1016/j.riem.2016.03.001
- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: are we there yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778-791. Doi:10.1002/jclp.22205
- Chanen, A. M., McCutcheon, L., Germano, D., Nistico, H., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2009). The HYPE Clinic: An early intervention service for borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 15(3), 163–172. Doi:10.1097/01.pra.0000351876.510
- Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016). Evidence-based treatments for borderline personality disorder: implementation, integration, and stepped care. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342-356. Doi:10.1097/hrp.0000000000000113
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E., Kernberg, O.F. (2006). *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Comtois, K. A., Elwood, L., Holdcraft, L. C., Smith, W. R., & Simpson, T. L. (2007). Effectiveness of dialectical behavior therapy in a community mental health center. *Cognitive and Behavioral Practice*, 14(4), 406-414. Doi:10.1016/j.cbpra.2006.04.023
- Comtois, K. A., Russo, J., Snowden, M., Srebnik, D., Ries, R., & Roy-Byrne, P. (2003). Factors associated with high use of public mental health services by persons with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 54(8), 1149-1154. Doi:10.1176/appi.ps.54.8.1149
- Conde, V., & Franch, J. L. (1984). *Escalas de evaluación conductual para la cuantificación de la psicopatología de los trastornos ansiosos y depresivos*. Valladolid: Departamento de Psicología Médica.

- Conde, V., Esteban, T., & Useros, E. (1976). Revisión crítica de la adaptación castellana del Cuestionario de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 31, 469-497.
- Dellanoce, L. (2019). *The influence of distress tolerance on the relationship between expressive suppression and depressive symptoms* (Master's thesis).
- DeRubeis, R. J., Keefe, J. R., & Beck, A. T. (2019). Cognitive therapy. In K. S. Dobson & D. J. A. Dozois (Eds.), *Handbook of cognitive-behavioral therapies* (pp. 218–248). The Guilford Press.
- Domènech, E. F. (2019). Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones: TLP: Comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212.
- Dryman, M. T., & Heimberg, R. G. (2018). Emotion regulation in social anxiety and depression: a systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*, 65, 17-42. Doi:10.1016/j.cpr.2018.07.004
- Ekman, P. E., & Davidson, R. J. (1994). *The nature of emotion: Fundamental questions*. Oxford: Oxford University Press.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595. Doi:10.1007/s12671-016-0492-1
- Gillanders, S., Wild, M., Deighan, C., & Gillanders, D. (2008). Emotion regulation, affect, psychosocial functioning, and well-being in hemodialysis patients. *American Journal of Kidney Diseases*, 51(4), 651–662. Doi:10.1053/j.ajkd.2007.12.023.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., ... & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024. Doi:10.1176/appi.ajp.160.11.2018
- González, R. C., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12.
- Goodman, M., Roiff, T., Oakes, A. H., & Paris, J. (2011). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 79–85. Doi:10.1007/s11920-011-0249-4
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533.

- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2011). Extending research on the utility of an adjunctive emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality pathology. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(4), 316. Doi:10.1037/a0022144
- Gregory, R. J., & Remen, A. L. (2008). A manual-based psychodynamic therapy for treatment-resistant borderline personality disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45(1), 15. Doi:10.1037/0033-3204.45.1.15
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387–401. Doi:10.1177/2167702614536164
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. Doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, R., Olfson, M., Gameroff, 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. Doi:10.1001/archinte.162.1.53
- Guerrero Gallarday, J. E., & Olano Yalta, A. M. (2017). Impulsividad y conducta alimentaria en varones. *Nutrición Hospitalaria*, 34(4), 1009-1009.
- 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. Doi:10.1521/pedi.2018.32.2.148
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4(1), 1-20. Doi:10.1038/nrdp.2018.29
- 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. Doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.37
- Hall, R. C. (1995). Global assessment of functioning: a modified scale. *Psychosomatics*, 36(3), 267-275. Doi:10.1016/S0033-3182(95)71666-8
- Hurt, S. W., & Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder: a comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 141(9), 1080-1084. Doi:10.1176/ajp.141.9.1080
- Ioannidis, C. A., & Siegling, A. B. (2015). Criterion and incremental validity of the emotion regulation questionnaire. *Frontiers in Psychology*, 6, 247. Doi:10.3389/fpsyg.2015.00247

- Kabat-Zinn, J., & Hanh, T. N. (2009). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness*. London: Delta.
- Keinänen, M. T., Johnson, J. G., Richards, E. S., & Courtney, E. A. (2012). A systematic review of the evidence-based psychosocial risk factors for understanding of borderline personality disorder. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 26, 65–91. Doi:10.1080/02668734.2011.652659
- Kramer, A. D., Guillory, J. E., & Hancock, J. T. (2014). Experimental evidence of massive-scale emotional contagion through social networks. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 111(24), 8788-8790. Doi:10.1073/pnas.1320040111
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84. Doi:10.1016/S0140-6736(10)61422-5
- Lenz, A. S., Del Conte, G., Hollenbaugh, K. M., & Callendar, K. (2016). Emotional regulation and interpersonal effectiveness as mechanisms of change for treatment outcomes within a DBT program for adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation*, 7(2), 73-85. Doi:10.1177/2150137816642439
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics*, 41(4), 711-728. Doi:10.1016/j.psc.2018.07.011
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. Doi:10.1016/S0140-6736(04)16770-6
- Linehan, M. (2014). *DBT? Skills training manual*. New York, NY: Guilford Publications.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(5), 475-482. Doi:10.1001/jamapsychiatry.2014.3039
- Marteau, T. M., & Bekker, H. (1992). The development of a six-item short-form of the state scale of the Spielberger State—Trait Anxiety Inventory (STAI). *British Journal of Clinical Psychology*, 31(3), 301-306. Doi:10.1111/j.2044-8260.1992.tb00997.x
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the

- Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282. Doi:10.1016/j.ijchp.2015.07.002
- May, J. M., Richardi, T. M., & Barth, K. S. (2016). Dialectical behavior therapy as treatment for borderline personality disorder. *Mental Health Clinician*, 6(2), 62-67. Doi:10.9740/mhc.2016.03.62
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., Morey, L. C., ... & Stout, R. L. (2000). The collaborative longitudinal personality disorders study: Baseline axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(4), 256-264. Doi:10.1034/j.1600-0447.2000.102004256.x
- Mehlum, L., Tormoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., . . . & Groholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: A randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. Doi:10.1016/j.jaac.2014.07.003
- Mueser, K. T., Goodman, L. B., Trumbetta, S. L., Rosenberg, S. D., Osher, F. C., Vidaver, R., ... & Foy, D. W. (1998). Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(3), 493-499. Doi:10.1037/0022-006x.66.3.493
- Odrizola, E. E., Isasi, A. G., & Arrillaga, A. G. P. (2003). Diseño y evaluación de un programa de intervención psicológica para pacientes con trastorno bipolar refractarios al tratamiento: un estudio piloto. *Análisis y modificación de conducta*, 29(127), 649- 671.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20-26. Doi:10.1176/appi.ajp.163.1.20
- Oldham, J. M., Skodol, A. E., Kellman, H. D., Hyler, S. E., Doidge, N., Rosnick, L., & Gallaher, P. E. (1995). Comorbidity of Axis I and Axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571–578. Doi:10.1176/ajp.152.4.571
- Oquendo, M. A., Baca-Garcia, E., Graver, R., Morales, M., Montalban, V., & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS). *European Journal of Psychiatry*, 15, 147–155.
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic Journal of Psychiatry*, 59(5), 319-324. Doi:10.1080/08039480500320025
- Pope, H. G., Jonas, J. M., Hudson, J. I., Cohen, B. M., & Gunderson, J. G. (1983). The validity of DSM-III borderline personality disorder: a phenomenologic, family 30 history, treatment response, and long-term follow-up study. *Archives of General Psychiatry*, 40(1), 23-30. Doi:10.1001/archpsyc.1983.01790010025003

- Pos, A. E., & Greenberg, L. S. (2007). Emotion-focused therapy: The transforming power of affect. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 37(1), 25-31. doi:10.1007/s10879-006-9031-z
- Rathus, J., Campbell, B., Miller, A., & Smith, H. (2015). Treatment acceptability study of walking the middle path, a new DBT skills module for adolescents and their families. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 163-178. Doi:10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.163
- Rios, E. Y. Z. (2020). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research*, 9(2), 148-157. Doi:10.9740/mhc.2016.03.62
- Riquelme, A. G., & Casal, G. B. (2011). Actualización psicométrica y funcionamiento diferencial de los ítems en el State Trait Anxiety Inventory (STAI). *Psicothema*, 23(3), 510-515.
- Rossouw, T. I., & Fonagy, P. (2012). Mentalization-based treatment for self-harm in adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 51(12), 1304–1313, e1303. Doi:10.1016/j.jaac.2012.09.018
- Salvo, G. L., & Castro, S. A. (2013). Reliability and validity of Barratt impulsiveness scale (BIS-11) in adolescents. *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, 51, 245-254. Doi:10.4067/S0717-92272013000400003
- Sánchez Teruel, D., García León, A., & Muela Martínez, J. A. (2013). Relación entre alta ideación suicida y variables psicosociales en estudiantes universitarios. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 11(2), 429-450. Doi:10.14204/ejrep.30.13013
- Sanz, J. (2013). 50 years of the Beck Depression Inventory: recommendations for using the Spanish adaptation of the BDI-II in clinical practice. *Papeles del Psicólogo*, 34(3), 161-168.
- Sanz, J., & Vázquez, C. (1998). Fiabilidad, validez y datos normativos del inventario para la depresión de Beck. *Psicothema*, 303-318.
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583-593. Doi:10.1016/j.psc.2018.07.009.
- Shearin, E. N., & Linehan, M. M. (1993). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: Treatment goals, strategies, and empirical support. *Borderline Personality Disorder: Etiology and Treatment*, 285-318.
- 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. Doi:10.1016/s0006-3223(02)01324-0

- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Pagano, M. E. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 487-504. Doi:10.1521/pedi.2005.19.5.487
- Stanford, M. S., Mathias, C. W., Dougherty, D. M., Lake, S. L., Anderson, N. E., & Patton, J. H. (2009). Fifty years of the Barratt Impulsiveness Scale: An update and review. *Personality and individual differences, 47*(5), 385-395. Doi:10.1016/j.paid.2009.04.008
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., ... & Lieb, K. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews, (5)*. Doi:10.1002/14651858.CD012955
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1990). The past explains the present: Emotional adaptations and the structure of ancestral environments. *Ethology and sociobiology, 11*(4-5), 375-424. Doi:10.1016/0162-3095(90)90017-z
- Vázquez, C., Avia, M. D., Alonso, B., & Fernández, E. (1989). *A test of the diathesis-stress model of depression: Attributional style as a predictor of dysphoric reactions after an academic failure*. Comunicación presentada en el Primer Congreso Europeo de Psicología, Amsterdam.
- Vázquez, C., y Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del Inventario para la Depresión de Beck de 1978. *Clínica y Salud, 8*, 403-422.
- Verzeletti, C., Zammuner, V. L., Galli, C., Agnoli, S., & Duregger, C. (2016). Emotion regulation strategies and psychosocial well-being in adolescence. *Cogent Psychology, 3*(1), 1199294. Doi:10.1080/23311908.2016.1199294
- von Diemen, L., Szobot, C. M., Kessler, F., & Pechansky, F. (2007). Adaptation and construct validation of the Barratt Impulsiveness Scales (BIS-11) to brazilian portuguese for use in adolescents. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*, 153-156. Doi:10.1590/s1516-44462006005000020.
- Westerlund, M., & Santtila, P. (2018). A Finnish adaptation of the emotion regulation questionnaire (ERQ) and the difficulties in emotion regulation scale (DERS16). *Nordic Psychology, 70*(4), 304-323. Doi:10.1080/19012276.2018.1443279
- Westerlund, M., Santtila, P., & Antfolk, J. (2020). Regulating emotions under exposure to negative out-group-related news material results in increased acceptance of outgroups. *The Journal of Social Psychology, 160*(3), 357-372. Doi:10.1080/00224545.2019.1675575
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... & Zanarini, M. C. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 190*(8), 510-518. Doi:10.1097/00005053-200208000-00003.

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *155*(12), 1733-1739. Doi:10.1176/ajp.155.12.1733.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., & Frankenburg, F. R. (1989). Axis I phenomenology of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *30*(2), 149-156. Doi:10.1016/0010-440x(89)90067-9.
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Hein, K. E., & Goodman, M. (2020). Risk factors for borderline personality disorder in adolescents. *Journal of personality disorders*, *34*(Supplement B), 17-24. Doi:10.1521/pedi_2019_33_425.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen J., et al. (2004). Mental health service utilization of borderline patients and Axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Clinical Psychiatry*, *65*(1), 28–36. Doi:10.4088/jcp.v65n0105
- Zimmerman, M., & Mattia, J. I. (1999). Axis I diagnostic comorbidity and borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *40*(4), 245-252. Doi: 10.1016/s0010-440x(99)90123-2.
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, *162*(10), 1911-1918. Doi:10.1176/appi.ajp.162.10.1911.

Fecha de recepción: 27/07/2021

Fecha de revisión: 26/09/2021

Fecha de aceptación: 18/11/2021