



Universidad de Málaga


**EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ICÓNICA EN
ADOLESCENTES Y JÓVENES CON IDEACIÓN
SUICIDA Y SÍNTOMAS DE TRASTORNO LÍMITE
DE PERSONALIDAD**

Silvia Hurtado Santiago



UNIVERSIDAD
DE MÁLAGA

AUTOR: Silvia Hurtado Santiago

 <http://orcid.org/0000-0003-0110-3418>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): riuma.uma.es



Dña. Silvia Hurtado Santiago

Estudiante del programa de Doctorado en Psicología correspondiente al **RD 99/2011** de la Universidad de Málaga, autora de la tesis, presentada para la obtención del título de doctor por la Universidad de Málaga, titulada:

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ICÓNICA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON IDEACIÓN SUICIDA Y SÍNTOMAS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Realizada bajo la tutorización de la **Dra. Rosa Bersabé Morán, PhD** y dirección del **Dr Fermín Mayoral Cleries, PhD** y la **Dra. Rosa Bersabé Morán, PhD**

DECLARO QUE:

La tesis presentada es una obra original que no infringe los derechos de propiedad intelectual ni los derechos de propiedad industrial u otros, conforme al ordenamiento jurídico vigente (Real Decreto Legislativo 1/1996, de 12 de abril, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, regularizando, aclarando y armonizando las disposiciones legales vigentes sobre la materia), modificado por la Ley 2/2019, de 1 de marzo.

Igualmente asumo, ante la Universidad de Málaga y ante cualquier otra instancia, la responsabilidad que pudiera derivarse en caso de plagio de contenidos en la tesis presentada, conforme al ordenamiento vigente.

En Málaga, a de de 2020.



El **Dr. Fermín Mayoral Cleries** (Hospital Regional Universitario de Málaga. Unidad de Gestión de Salud Mental) y la **Dra. Rosa Bersabé Morán** (Departamento de Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento. Universidad de Málaga)

CERTIFICAN:

Que han supervisado la presente tesis doctoral titulada:

EFFECTIVIDAD DE LA TERAPIA ICÓNICA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES CON IDEACIÓN SUICIDA Y SÍNTOMAS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Realizada por **Silvia Hurtado Santiago** y consideran que es apta para su lectura y defensa pública para optar por el grado de Doctor por la Universidad de Málaga.

Por tal motivo queda constancia en el presente documento.

En Málaga, de de 2020.

Dr. Fermín Mayoral Cleries

Dra. Rosa Bersabé Morán

Doctoranda: Silvia Hurtado Santiago

AGRADECIMIENTOS

A mi madre, por crear y desarrollar la Terapia Icónica con pasión y dedicación a partes iguales. Por darme el relevo y no permitir que todo el trabajo se reabsorbiera en sus propias raíces al jubilarse.

A José Antonio Cervantes, psiquiatra que vislumbró el potencial de los primeros iconos y animó a mi madre a aplicarlos de manera grupal: ojalá hubiera vivido para comprobar la buena aceptación que la terapia tiene hoy día entre los pacientes.

A Mercedes Rueda, por su olfato científico al descubrir el primer póster sobre Terapia Icónica en un congreso y alentar a su autora a que lo estructurase como programa específico de tratamiento para TLP.

A Aurora Gavino, por impulsarme a abrir una nueva línea de investigación que permitiese basar la Terapia Icónica en la evidencia.

A Diego Arenas, por apostar por mí al contratarme en el Centro Asistencial San Juan de Dios y por ponerme en contacto con Fermín Mayoral.

A Fermín Mayoral, por dirigir mi tesis. Por aceptar con rapidez y determinación el reto de empezar a validar empíricamente la Terapia Icónica. Por atravesar conmigo los insalvables muros que separan la universidad de los hospitales públicos de salud. Por demostrar que vocación y sentido común lo son todo para lograr una meta. Por su facilidad para impregnar de ciencia lo que funciona en la práctica clínica y por contribuir al progreso de la salud mental como disciplina científica.

A Rosa Bersabé, por su excepcional capacidad docente que hizo que, contra todo pronóstico, me enamorase de la Psicometría cuando cursaba 4º de Psicología; en el mismo momento en que decidí hacer la tesis, le propuse su tutorización y codirección.

A José Guzmán Parra, por su enorme y desinteresada ayuda a lo largo de estos 7 años: fines de semana, festivos, meses de verano. Lástima que desde la Comisión de Doctorado no se le pueda reconocer como otro director más, pues ha ejercido como tal.

A todos los psicólogos, psiquiatras y enfermeros que han colaborado voluntariamente en este estudio derivando y/o tratando a los pacientes, especialmente Isabel, Modesto, Nazaret, Escarlata, Loli, Patri, Henar y Desireé.

A mi marido Diego y a mis hijos, Diego y Elisa por aprender a vivir largas horas sin mí...

INDICE

AGRADECIMIENTOS	3
MOTIVACIÓN PERSONAL	7
ABREVIATURAS	8
RESUMEN	9
1. MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA	13
1.1. Evolución histórica del concepto de trastorno límite de personalidad	13
1.2. Definición actual de trastorno límite de personalidad	15
1.3. Epidemiología	18
1.4. Etiopatogenia y bases biológicas	21
1.5. Diagnóstico	26
1.6. Evolución y comorbilidad	36
1.7. Suicidio y trastorno límite de personalidad	41
2. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD	44
2.1. Farmacoterapia	45
2.2. Psicoterapias	46
2.3. Terapia Icónica	59
2.3.1. Origen y justificación teórica	64
2.3.2. Modo de aplicación de la terapia	70
2.3.3. Estudios preliminares	73
3. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS	75
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	76
4.1. Objetivo general	76
4.1.1. Objetivo principal	76
4.1.2. Objetivos secundarios	76
4.2. Hipótesis	76
4.2.1. Hipótesis Principal	76
4.2.2. Hipótesis Secundarias	77

4.3. Material y Método	77
4.3.1. Diseño	77
4.3.2. Participantes	78
4.3.3. Criterios de inclusión	79
4.3.4. Criterios de exclusión	79
4.3.5. Aleatorización	79
4.4. Procedimiento de intervención	80
4.4.1. Terapia Icónica en el grupo experimental	81
4.4.2. Terapia de apoyo en el grupo control	81
4.5. Variables del estudio	82
4.5.1. Variables independientes	82
4.5.2 Variables de resultado	82
4.6. Instrumentos de evaluación	83
4.6.1. <i>Screening</i>	83
4.6.2. Variable principal de resultado	85
4.6.3. Variables secundarias de resultado	86
4.7. Análisis estadísticos	90
5. RESULTADOS	91
6. DISCUSIÓN	101
7. IMPLICACIONES CLÍNICAS	108
8. FORTALEZAS Y DEBILIDADES	109
9. CONCLUSIONES	111
10. CONSIDERACIONES ÉTICAS	112
11. BIBLIOGRAFÍA	113
12. ANEXOS	204
Anexo 1. Autorización Comité de Ética Provincial de Málaga	204
Anexo 2. Contenidos del programa de Terapia Icónica	205
Anexo 3. Contenidos del programa de terapia de apoyo	210
Anexo 4. Criterios Autolesión no suicida: APA-5	213

MOTIVACIÓN PERSONAL

La necesidad de realizar la presente investigación surgió en el año 2013, cuando tomé conciencia de que ni la fundamentación teórica ni los buenos resultados clínicos de la Terapia Icónica, permitían avalar su eficacia. Por aquella época, la terapia llevaba casi 10 años aplicándose semanalmente a los pacientes hospitalizados en el Centro Asistencial de San Juan de Dios de Málaga por parte de su creadora, Soledad Santiago. Pacientes y familiares reconocían abiertamente la utilidad del tratamiento y los profesionales empezaban a sentir curiosidad por eso de “la Terapia Icónica”, cuyo libro va hoy por su quinta edición (Santiago, 2013). Fue precisamente a principios del año 2013, que el hospital decidió ofertar Terapia Icónica en formato ambulatorio y cubrir así la demanda del público interesado. Su autora no disponía de tiempo para ello, por lo que sería yo misma quien, sin gran manejo y bajo su supervisión, comenzaría a impartirla en las consultas externas del hospital. Al cabo de unos meses, decidí hacer la tesis por dos motivos:

1. La sorpresa y satisfacción con sus resultados. Desde el principio, tuve la sensación de que la Terapia Icónica era una llave maestra que encajaba a la perfección en una cerradura: funcionaba pese a mi poco manejo en su uso (según el *feedback* que recibía de los pacientes con TLP).
2. Su falta de rigor científico (se habían realizado varios estudios preliminares sin grupo control), que desmerecía los buenos resultados observados en pacientes y familiares.

De este modo y después de que Soledad y yo elaborásemos el manual de uso de Terapia Icónica (primer año y medio de tesis: 2013-2015), la terapia pudo impartirse por profesionales ajenos a nosotras en este primer ensayo clínico aleatorizado.

ABREVIATURAS

BSL-23 Inventario de síntomas de TLP

CEPER-III-BPD Cuestionario Exploratorio de Personalidad tipo Límite

CEQ Cuestionario de Credibilidad y Expectativas

CONSORT Lista de comprobación para informar ensayos clínicos

C-SSRS Escala Columbia para Evaluar el Riesgo Suicida

DBT Terapia Dialéctico Conductual

DSM Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales

GCP Good Clinical Practice

GEE Ecuaciones de Estimación Generalizada

GLM Modelo Lineal General

IG Escala de Inadaptación cotidiana

MB Terapia de Mentalización

NIH National Institutes of Health

SCID-II Entrevista Clínica para Evaluar los Trastornos del Eje II del Manual DSM-IV

SFT Terapia focalizada en los Esquemas

STEPPS Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving

TAU Tratamiento habitual

TFT Terapia focalizada en la Transferencia

TLP Trastorno Límite de Personalidad

TEPT Trastorno de Estrés Postraumático

RESUMEN

El trastorno límite de personalidad (TLP) es un trastorno mental grave, asociado con un uso intensivo de los servicios de salud mental incluso cuando el paciente no alcanza el suficiente número de criterios para su diagnóstico. La incidencia de casos parece ir en aumento y si no se detectan en sus estadios iniciales, los síntomas tienden a cronificarse, a hacerse resistentes y a limitar la funcionalidad del paciente. Sin embargo, la dificultad diagnóstica y el estigma por parte de los profesionales, hacen que el TLP tienda a infradiagnosticarse y que rara vez se aborde a tiempo. Ofrecer tratamiento temprano reduce el número de complicaciones. En la práctica clínica está muy extendido el uso de fármacos, aunque una psicoterapia adecuada conlleva por lo general mejores resultados. Múltiples psicoterapias han demostrado su eficacia con este tipo de pacientes, pero su accesibilidad es limitada. La Terapia Icónica es un tipo de psicoterapia innovadora cuya duración que es más breve de lo habitual (entre 3 y 6 meses) que consiste en favorecer el *insight*, la adquisición de habilidades y la reducción de síntomas de TLP a través del uso de iconos. Estudios cuasiexperimentales previos sobre Terapia Icónica han encontrado una reducción de la agresividad y una mejor funcionalidad entre los pacientes que se han sometido a ella. Este estudio piloto aleatorizado evalúa la eficacia de la Terapia Icónica en adolescentes y jóvenes con ideación suicida y síntomas de personalidad límite, comparada con una psicoterapia de apoyo. **Método.** El estudio se llevó a cabo en el Hospital Regional Universitario de Málaga. Adolescentes y jóvenes (15-30 años) con conductas suicidas o parasuicidas y rasgos de personalidad límite, fueron asignados al azar en dos grupos: Terapia Icónica (N= 20) o terapia de apoyo (N=20). La variable principal de resultado fue el cambio en la severidad global de síntomas TLP (BSL-23) después del tratamiento. Los resultados secundarios fueron suicidabilidad (ideación, intentos suicidas y autolesiones no suicidas), uso de servicios de salud mental (consumo de psicofármacos y visitas a

profesionales), ajuste social y experiencia subjetiva (percepción de mejoría y satisfacción con la terapia recibida) después del tratamiento y al año de seguimiento. El análisis de datos se llevó a cabo a través de un modelo de ecuaciones generalizadas (GEE). **Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas terapias respecto a la reducción de la severidad de síntomas TLP. Los dos tipos de tratamiento resultaron efectivos al finalizar el estudio y después de un año de seguimiento. En los resultados secundarios, la Terapia Icónica mostró superioridad estadísticamente significativa con respecto a la terapia de apoyo en satisfacción con la terapia al final del tratamiento ($p= ,002$). **Conclusiones:** Pese a una mayor tendencia a la mejoría clínica, los resultados de este estudio no permiten corroborar la hipótesis de que la Terapia Icónica sea más eficaz que la de apoyo y justifican la necesidad de llevar a cabo nuevos estudios con muestras más grandes.

Ensayo registrado: NCT03011190.

Protocolo publicado: Hurtado-Santiago, Guzmán-Parra, Bersabé, & Mayoral, 2018.

Manuscrito de la tesis en proceso de revisión: Hurtado-Santiago, S., Guzmán-Parra, J., Bersabé, R. & Mayoral, 2020.

Palabras clave: Terapia Icónica, trastorno límite de la personalidad, terapia psicológica, trastornos de personalidad.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a serious mental disorder, associated with an intensive use of mental health services even in the absence of enough criteria for a full diagnosis. Incidence rates appear to be increasing and when not detected in its early stages, symptoms tend to become chronic, develop a resistance to treatment and produce functional impairments. However, difficulty with diagnosis and stigmatization from the medical profession cause BPD to be underdiagnosed and rarely treated in time. Early symptom detection and intervention may help alleviate adverse long-term outcomes. Iconic Therapy is an innovative manual-driven psychotherapy that treats BPD symptoms in a specific and intensive manner. Several psychotherapies have proven their efficacy on BPD patients, but access to treatment is generally limited. Iconic Therapy is an innovative psychotherapy whose duration is shorter than usual (from 3 to 6 months) and aims to promote insight, skill acquisition and the reduction of symptoms associated with BPD through the use of several images (icons). Previous preliminary results are promising and the indication is that Iconic Therapy may be effective in reducing aggressive behaviour and functional impairment. The aim of this study is to assess how effective Iconic Therapy is —compared to Support Therapy in a real clinical setting. **Methods/Design:** The study took place at Regional University Hospital of Málaga. Adolescents and young people (15 to 30 years old) with suicidal ideation/self-harming behaviour and borderline personality disorder traits and symptoms participated in the study. The subjects were randomized into two groups: Iconic Therapy (N=20) or Support Therapy (N=20). The participants were assigned to either group on a 1:1 basis. The primary outcome was measured by the change in symptom severity. Secondary outcomes include changes in suicidal ideation or attempts, non-suicidal self-injuries, use of mental health services (psychopharmacology

and professional visits), social adjustment and subjective experience (perceived improvement and treatment satisfaction) after treatment and at follow up. The primary endpoint was a decrease in BPD severity symptoms as assessed by the Borderline Symptom List (BSL-23). Data was analysed using generalized estimating equation (GEE) models. **Results:** No significant differences were found between therapies with regard to a change in BPD symptom severity. Both treatments resulted in being effective after both completion of treatment and at follow up. On the secondary outcome measures, Iconic Therapy showed a statistically significant improvement with regards to treatment satisfaction at its conclusion ($p= ,002$). **Conclusions:** Although the results show a higher tendency for clinical improvement, they do not allow the corroboration of the hypothesis that Iconic Therapy will lead to better results than support therapy, however, they do justify the need to perform new studies with bigger samples.

MARCO CONCEPTUAL DE REFERENCIA

1.1. Evolución histórica del concepto de trastorno límite de personalidad

Los trastornos de personalidad (TP) son patrones permanentes de experiencia interna y de comportamiento que se apartan acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. A diferencia del resto de enfermedades mentales, los TP no surgen a partir de un proceso patológico reconocible ni evolucionan de un modo determinado (Kendell, 2002), pero tienen su inicio en la adolescencia o en la adultez temprana y se caracterizan por ser generalizados, poco flexibles, estables en el tiempo y por ocasionar malestar o deterioro en la vida adulta (American Psychiatric Association, 2014). Los TP representan una patología emergente que afecta aproximadamente al 6% de la población (Huang et al., 2009), y cobran especial importancia en el ámbito de la salud mental por la dificultad de su abordaje terapéutico, el grado de discapacidad que producen y la sobrecarga que ocasionan, no solo en los dispositivos asistenciales sino en todo su entorno (Soeteman, Verheul, & Bussebaeh, 2008).

Numerosas teorías han querido explicar su origen a lo largo de la historia de la Psiquiatría. Hipócrates (siglo IV a. C.) describía 4 tipos de temperamento a partir de la predominancia relativa de los distintos humores corporales: sanguíneo u optimista (sangre), melancólico o pesimista (bilis negra), colérico o irritable (bilis amarilla) y flemático o apático (flemas). Prichard (1835) introducía el concepto de “locura moral” como antecedente del concepto de psicopatía en su sentido más moderno (Berrios, 1993) para referirse a la incapacidad para comportarse uno mismo con decencia y propiedad en los asuntos de la vida, aunque sin llegar al delirio. Desde la Teoría de la Degeneración (Morel, 1857), las enfermedades mentales constituían desviaciones patológicas de la normalidad que se transmitían generación a generación, de manera cada vez más patológica y causando inadaptación social en algunas personas con

“predisposición” genética. En 1891, Koch acuñaba por primera vez el término “psicopatía” o “personalidad psicopática” para sustituir al de “locura moral” de Prichard, aunque refiriéndose al mismo concepto. Con la aparición de la teoría psicoanalítica de los instintos de Freud (1908), empiezan a describirse distintos rasgos de personalidad como expresión de los impulsos inhibidos; esto deja atrás el modelo médico tradicional que es posteriormente retomado por Kretschmer (1919) al plantear una posible relación entre la constitución física y las características de la personalidad. Kraepelin (1921) rescata el concepto de psicopatía para referirse a las “personalidades psicopáticas” como variaciones biológicas, esta vez dentro del espectro psicótico, aunque otros autores consideran que son “neurosis del carácter” (Alexander & Ross, 1952). La noción de que las psicopatías no son enfermedades mentales coexiste por tanto en aquella época con el punto de vista hereditario: Schneider (1958) conjuga ambas corrientes de pensamiento a través del concepto “sujetos que sufren por la anomalía de su personalidad” y describe, además, 10 tipos de personalidad patológica en el primer sistema de categorías de personalidad, muy cercano al sistema de clasificación diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y CIE (Clasificación Internacional de las Enfermedades).

La primera descripción del trastorno límite de personalidad tal y como se conoce hoy día la realizó Rosse (1890) cuando hablaba de pacientes *borderland* (en tierra límite) para referirse a quienes se movían en una zona crepuscular entre la razón y la desesperación. De manera similar, Stern (1938) había detectado que algunos pacientes no eran crónicamente psicóticos pero tampoco presentaban una neurosis estable: a esos pacientes los llamaba límite o *borderline*, y supuso la adjudicación del término límite para designar a esta categoría. Este estado límite de la personalidad ha recibido otras

denominaciones a lo largo de la historia de la psiquiatría, como trastorno ambivalente de la personalidad, personalidad cicloide, trastorno impulsivo de la personalidad, personalidad inestable, trastorno lábil de la personalidad y trastorno límite de personalidad, como se denomina hoy día (Millon & Davis, 1998). El primer intento de consensuar los criterios diagnósticos para este padecimiento surge en el año 1980, cuando el DSM- III lo recoge junto con el resto de trastornos de personalidad y el retraso mental dentro del Eje II, separado del resto de trastornos psiquiátricos, que se ubicaban en el Eje I. Y así se ha mantenido hasta que en su última versión, el DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2014a) plantea un modelo híbrido dimensional-categorial para el diagnóstico de trastorno límite y lo traslada junto con el resto de trastornos de personalidad y demás trastornos mentales a la Sección II. El CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) es el sistema europeo de clasificación de enfermedades mentales y se refiere al TLP como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, que puede ser de tipo límite (prácticamente equivalente al TLP del DSM-IV-TR) o de tipo impulsivo (solo comparte algunos *items* del DSM-IV-TR). La utilización de uno u otro sistema clasificatorio (CIE o DSM) queda a criterio del profesional, pero en general se utiliza más el sistema DSM tanto a nivel de clínica como de investigación.

1.2. Definición actual de trastorno límite de personalidad

De los diez tipos de trastorno de personalidad propuestos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM; American Psychiatric Association, 2014), el más frecuente, debilitante, perdurable y mejor estudiado es el trastorno límite de personalidad o TLP (Blashfield & Intoccia, 2000; Gunderson, 2009; Skodol et al., 2002, 2005). El TLP es un trastorno de personalidad caracterizado por la inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la identidad y en los afectos junto con una

impulsividad intensa en diversos contextos, que se inicia en la adolescencia o comienzo de la edad adulta y causa malestar notable o impide que la persona funcione de forma adaptativa en las distintas situaciones personales y sociales, sin que pueda ser atribuido al efecto de cualquier sustancia u afección médica (American Psychiatric Association, 2014a).

Su conceptualización ha ido variando con el paso del tiempo. Desde un enfoque psicodinámico, Kernberg (1967) defendía la organización *borderline* como forma grave de estructuración de la personalidad que, aún con el sentido de realidad mantenido, alteraba significativamente la identidad y hacía que los pacientes mostrasen mecanismos de defensa primitivos (escisión o identificación proyectiva). Para Gunderson & Singer (1975), el síndrome *borderline* se definía por una serie de conductas manifiestas que lo diferenciaban de otros cuadros clínicos en un tipo de enfoque similar al actual sistema DSM que utiliza la nosología APA. Desde otro punto de vista, Akiskal, Djenderedjian, Rosenthal, & Khani (1977) defendían que la personalidad *borderline* era en realidad un tipo de trastorno afectivo, igual que la depresión atípica, la ciclotimia o el trastorno bipolar II, con los que compartía la intensidad, labilidad y variedad de sus síntomas. Posteriormente Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon, & Heard (1991) se focalizaron en la incapacidad del paciente límite a la hora de regular sus afectos y desarrollaron un tipo de abordaje que ayudase a combatir tal dificultad mediante entrenamiento. Los buenos resultados de este enfoque marcó un antes y un después en el pronóstico del tratamiento del TLP (Beatson & Rao, 2014). Para Kohut (1993), el paciente *borderline* no era más que la indicación del fracaso de la empatía del terapeuta, cuyas respuestas negativas hacia el paciente (preocupación, sensación de estar siendo manipulado, frustración, rechazo y cansancio), hacían que este repitiera los patrones relacionales que venía sufriendo desde hacía tiempo y aseguraban su intratabilidad en muchos casos. En los últimos años y dada la elevada frecuencia de antecedentes traumáticos y síntomas

disociativos, la personalidad límite empieza a considerarse una alteración afin al trastorno de estrés postraumático. Según la teoría de la disociación estructural de la personalidad de Onno van der Hart (Harris, 2007), el TLP es un trastorno de disociación secundario, relacionado con una traumatización grave y temprana y un apego desorganizado, igual que el TEPT complejo y otros trastornos disociativos (Herman, Perry, & Van Der Kolk, 1989; Kroll, 1993; Mosquera, Gonzales, & van der Hart, 2011; Zanarini, Gunderson, Frankenburg, & Chauncey, 1989).

Revisando la evolución histórica del concepto de TLP, encontramos que ya desde el DSM-III (1980) se aludía al origen del TLP en relación con un vínculo parental traumáticamente inestable dentro de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, aunque las posteriores versiones DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), DSM- IV-TR (American Psychological Association, 2000) y DSM- 5 (American Psychiatric Association, 2014a), dejan atrás este enfoque y retoman los criterios diagnósticos y categorías del modelo médico tradicional. Así por ejemplo, la ideación paranoide transitoria y los síntomas disociativos graves como noveno criterio diagnóstico del DSM-IV-TR para TLP, se consideran una alteración meramente cognitiva no vinculada con el trauma ni con los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT) u otros trastornos disociativos. Este modo de conceptualizar el TLP como categoría diagnóstica desde el sistema DSM, sigue siendo el más extendido actualmente entre los profesionales de salud mental.

La inestabilidad (o disregulación) emocional que caracteriza al TLP consiste en rápidas fluctuaciones de afecto intenso, difíciles de regular en si mismas o en las consecuencias que acarrea, con una duración de horas o días (Marwaha, Parsons, & Broome, 2013). Tal inestabilidad mantiene a las personas oscilando entre un estado de alta reactividad y la más absoluta inhibición de emociones, generándoles ansiedad, conductas disruptivas o impulsividad (Carpenter & Trull, 2013) y favoreciendo la

aparición de distintas psicopatologías (Paris & Zweig-Frank, 2001; Skodol, Gunderson, Pfohl, et al., 2002). De hecho, la inestabilidad es común a la mayoría de trastornos mentales (Moukhtarian, Mintah, Moran, & Asherson, 2018; Santangelo et al., 2016), pero cobra especial relevancia en el TLP porque representa su principal criterio diagnóstico (American Psychological Association, 2001) y porque además, es el motor de la impulsividad conductual (Gunderson, 2002). La impulsividad es un constructo que implica varios componentes: funcionamiento cognitivo alterado por la interferencia emocional, dificultad para inhibir o controlar conductas y falta de planificación sobre las consecuencias de los actos (McHugh & Balaratnasingam, 2018), sin que medien el juicio ni la razón y que la persona percibe como involuntaria (Guerrieri, Nederkoorn, & Teme, 2008). Son precisamente las personas con una alta impulsividad, elevada afectividad negativa y escasa afectividad positiva las que tienen mayor tendencia a pensar en suicidio e intentar llevarlo a cabo (Kaurin, Dombrovski, Hallquist, & Wright, 2020).

1.3. Epidemiología

Se estima que el $\cong 1,7\%$ de la población general y una proporción creciente de personas que reclaman atención psicológica en los dispositivos de atención primaria y especializada ($\cong 6,4\%$), padecen acusados síntomas de TLP (American Psychiatric Association, 2014a; Gunderson, Herpertz, Skodol, Torgersen, & Zanarini, 2018; Lazzari, Shoka, Papanna, & Kulkarni, 2018); este porcentaje sería mucho mayor si se contabilizasen las dificultades o perturbaciones de la personalidad que no llegan a representar un trastorno (Yang, Coid, & Tyrer, 2010). Los casos de TLP diagnosticado representan el 15%-28% de las visitas a los servicios de salud mental (Chanen, Jovev, et al., 2008; Zimmerman, Chelminski, & Young, 2008) y el 10-15% de las admisiones en urgencias (Chaput & Level, 2007; Tomko, Trull, Wood, & Sher, 2014).

Las personas con TLP presentan principalmente inestabilidad interpersonal, distorsión cognitiva y disregulación emocional y conductual (Gunderson et al., 2018). La disregulación (o inestabilidad) emocional, que es la manifestación más sensible y específica del TLP (Zimmerman, Multach, Dalrymple, & Chelminski, 2017), suele evolucionar dentro de un continuo temporal para mostrarse con mayor claridad en la adolescencia (Chanen, Jackson, et al., 2008; Stepp, 2012) y, aunque a veces es visible ya desde la infancia (Zanarini, Frankenburg, Khera, & Bleichmar, 2001), el mayor pico de prevalencia y severidad se alcanza en la juventud (Arens et al., 2013; Chanen & McCutcheon, 2013; Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley, & Kendler, 2002). Según el DSM-5, el TLP puede diagnosticarse de manera fiable antes de los 18 años, siempre que los síntomas se presenten durante al menos 1 año (American Psychiatric Association, 2014a). No obstante, algunos profesionales son reacios a hacerlo porque consideran que la personalidad no es estable ni está cohesionada a tal edad (Crick, Murray-Close, & Woods, 2005) y también por el estigma que acompaña a este diagnóstico (Chanen, Jackson, et al., 2008; Kaess, Brunner, & Chanen, 2014a; Newton-Howes, Clark, & Chanen, 2015).

El TLP afecta por igual a ambos géneros, pero las mujeres son más propensas a buscar ayuda (Paris, 2010b) y por eso, el 75% de los diagnósticos les corresponden a ellas (American Psychiatric Association, 2014a). Tampoco existen grandes diferencias en cuanto al nivel de disregulación emocional que experimentan hombres y mujeres TLP, pero sí que varía el modo en que manifiestan la impulsividad (Zlotnick, Rothschild, & Zimmerman, 2002); por lo general, las mujeres manifiestan más negatividad contra sí mismas, presión, impulsividad (por ejemplo mediante conductas sexuales de riesgo y autolesiones), sufrimiento o ambivalencia y solicitan más ayuda farmacológica que los hombres, que son más propensos a caer en adicciones y a buscar sensaciones nuevas desde un temperamento explosivo intermitente con características

de personalidad antisocial (Bouchard et al., 2009; Mangassarian, Sumner, & O'Callaghan, 2015). De hecho, ha llegado a afirmarse que el TLP es la expresión femenina del trastorno antisocial (Paris, 1997). El diagnóstico formal de TLP se establece habitualmente entre los 19-32 años (García López, Martín Pérez, & Otín Llop, 2010), y lleva asociado un elevado riesgo de suicidio (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005b; Zanarini, Frankenburg, Hennen, & Silk, 2003), una alta tasa de comorbilidad (Cohen, 2008), baja calidad de vida, sobre todo a nivel social (Chanen, Jovev, & Jackson, 2007; Soeteman et al., 2008) y un gasto económico importante (Bender et al., 2001; Bode, Vogel, Walker, & Kröger, 2017; Hörz, Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2010; Layard, 2006; Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011a; Meuldijk, McCarthy, Bourke, & Grenyer, 2017; Soeteman, Roijen, Verheul, & Busschbach, 2008). El número de visitas ambulatorias y el consumo de psicofármacos por parte de estos pacientes es comparable al de aquellos con un diagnóstico de esquizofrenia (Soeteman et al., 2008) y superior al de quienes presentan un trastorno depresivo mayor (Bender et al., 2006; Burns et al., 2001), aunque el coste no sanitario por absentismo laboral o prestaciones sociales es incluso mayor (Van Asselt et al., 2008).

Se ha demostrado que una psicoterapia adecuada reduce la carga económica derivada de la atención estos pacientes (Brown, Beck, Steer, & Grisham, 2000; Chanen et al., 2015; Chanen et al., 2007; Chanen & McCutcheon, 2013; Feigenbaum et al., 2012; Glenn, Franklin, & Nock, 2015; Meuldijk et al., 2017; Rudd, Mandrusiak, & Joiner, 2006; Spears, Sullivan, Marin, & Goodman, 2018; Stanley & Brown, 2012) y que retrasar el diagnóstico, no responde a ninguna evidencia científica (Chanen & Kaess, 2012); aun así, en la práctica clínica sigue existiendo tendencia al infradiagnóstico (A. L. Miller, Muehlenkamp, & Jacobson, 2008; Zimmerman,

Rothschild, & Chelminski, 2005) y el tratamiento temprano se ofrece sólo en raras ocasiones (Chanen, 2015; Kaess et al., 2014a).

1.4. Etiopatogenia y bases biológicas

La etiopatogenia del TLP debe explicarse desde una posición integradora que contemple la interacción de factores psicológicos, familiares, socioculturales y neurobiológicos, pues aunque el diagnóstico sea el mismo, los factores de riesgo y su evolución en el tiempo son diferentes en cada caso (Cicchetti & Rogosch, 2002). Se ha visto, por ejemplo, que una misma variante de temperamento puede determinar la aparición de TLP si la persona es sometida a estrés (Beauchaine, Klein, Crowell, Derbidge, & Gatzke-Kopp, 2009; Belsky et al., 2012; Conway, Hopwood, Morey, & Skodol, 2018; Laporte, Paris, Guttman, & Russell, 2011; Linehan, 1995; Martín-Blanco et al., 2014; Millon & Davis, 1998; Paris, 1998a) o convertirse en factor de protección e incluso generar efectos positivos si el entorno familiar es adecuado (García López et al., 2010; Rioux, Séguin, & Paris, 2018).

Desde el modelo de la cascada emocional, el neuroticismo elevado unido con vulnerabilidad emocional e invalidación parental, generaría rumiación y dispararía las conductas inadaptadas (DeShong, Grant, & Mullins-Sweatt, 2019). La rumiación es un mediador transdiagnóstico entre la presencia de ciertos rasgos de personalidad y la aparición de síntomas clínicos (Kovács, Schmelowszky, Galambos, & Kökönyei, 2021). Algunos de los aspectos de vulnerabilidad emocional más barajados son el exceso de sensibilidad emocional (Carpenter & Trull, 2013; Cavicchioli & Maffei, 2019; Crowell, Beauchaine, & Linehan, 2009; Lofti, Amini, Fathi, Karami, Ghiasi, 2018), sensibilización selectiva hacia las experiencias adversas (Koenigsberg et al., 2014) o hacia la ansiedad (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008) y, en general, los altos niveles de emoción basal (Kuo, Fitzpatrick, Metcalfe, & McMMain, 2016). Los niños altamente

reactivos hacen que la salud física y emocional de familiares y amigos se resienta en forma de ansiedad, depresión, sensación de sobrecarga y pena (Bailey & Grenyer, 2014, 2015; Goodman et al., 2011). Esto contribuye a que se establezca un tipo de apego problemático (Fonagy & Bateman, 2008) y a que aparezcan patrones de afrontamiento familiar que favorecen el desarrollo de TLP; por ejemplo, aquellos que tienden a la invalidación de las necesidades personales (Linehan, 1993a), que no toleran la expresividad de afectos negativos (Salsman & Linehan, 2012), con elevados niveles de hostilidad y expresividad emocional (Bradley et al., 2005) o con actitudes educativas extremas (sobreprotección, negligencia, incoherencia) (Rodríguez-Melón, 2005; Zanarini et al., 1998a, 2019).

Algunas teorías sitúan el origen del TLP directamente en el *proceso de apego* o sensibilidad que muestran los padres en la crianza de sus hijos, aunque no es un factor determinante para la aparición de TLP (Johnson, Cohen, Chen, Kasen, & Brook, 2006; Steele & Siever, 2010). La identidad se desarrolla en interacción con las personas durante el crecimiento y si el entorno no es adaptativo, esta puede quedar difusa (Jørgensen, 2010; Kerr, Finlayson-Short, McCutcheon, Beard, & Chanen, 2015). Un estilo de vinculación basado en el miedo y la amenaza, activaría el sistema de apego del niño, que buscaría proximidad y protección de sus progenitores y podría generar malestar en los padres, lo cual activaría aun más el apego del niño (Bleiberg, Rossouw, & Fonagy, 2012). El ambiente del hogar afecta al comportamiento del adolescente (Bornovalova, Hicks, Iacono, & McGue, 2009; Crowell et al., 2009; Khan & Kamal, 2020; Miller et al., 2008; Rodríguez-Melón, 2005; Zanarini et al., 2019) y determina la calidad de las relaciones adultas (Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, & Juffer, 2003). Si el apego es ansioso o desorganizado, las expectativas de relación social no se corresponderían con las de los demás, lo que originaría un desajuste social (Paris,

1998b) y la posibilidad de sentirse presionado en todo lo concerniente a sexualidad (Bouchard et al., 2009).

A nivel *ambiental*, el mayor factor de riesgo para desarrollar TLP es el trauma infantil (Hengartner, Ajdacic-Gross, Rodgers, Müller, & Rössler, 2013). Parece que los niños genéticamente vulnerables que se ven expuestos a estresores emocionales negativos, como por ejemplo abuso sexual o emocional mantenido o bullying, sufrirían un deterioro en su proceso normal del desarrollo que ocasionaría disregulación emocional, impulsividad y la posibilidad de desarrollar TLP (Pourshahriar, Alizade, & Rajaeinia, 2018; Samuels, 2011). El insomnio es otra variable que podría deteriorar el funcionamiento cognitivo y emocional del niño a nivel del lóbulo frontal y se asociaría con la aparición precoz de TLP (Mindell et al., 2011; Morales-Muñoz, Broome, & Marwaha, 2020). De hecho, parece que los niños de entre 7 y 12 años con indicios de TLP son más propensos a presentar alteraciones neurofisiológicas que los niños sanos (Guzder, Paris, Zelkowitz, & Feldman, 1999). También la crianza con madres que cumplen criterios para TLP o la ausencia/separación maternal durante al menos un mes dentro de los cinco primeros años de vida han sido relacionados con déficits interpersonales en la adolescencia y en la etapa adulta (Skodol, Gunderson, McGlashan, et al., 2002; Weiss et al., 1996), aunque el factor traumático no ejerce un rol causal específico en la génesis del TLP (Bornoalova et al., 2013).

Ciertos *aspectos socio-culturales* parecen dificultar aun más la maduración de la identidad en niños biológicamente vulnerables: la no socialización temprana (Leichsenring, Leibing, Kruse, New, & Leweke, 2011b), la pérdida de autoridad familiar, la falta de cohesión social, la relajación en las leyes, el capitalismo, la pérdida de principios, el creciente peso de la imagen y la apariencia, el rápido desarrollo tecnológico, el contagio social (Paris & Lis, 2013; Pérez Urdániz, Santos García, Molina Ramos, Rubio Larrosa, Carrasco Perera, 2001), las separaciones / divorcios

(Tomko et al., 2014) o la homosexualidad (Grant et al., 2008; Johnson, Hurley, Benkelfat, Herpertz, & Taber, 2003), también se asocian con el diagnóstico de TLP.

Las *bases neurobiológicas* del TLP no están sujetas a un modelo etiopatogénico sólido (Excellence, 2009; Silbersweig et al., 2007). Pero las hipótesis biologicistas plantean la existencia de un factor de heredabilidad genética de 0,69 que podría justificar que el trastorno sea cinco veces más frecuente entre familiares de primer orden (Disorder, 2015). Los estudios con técnicas de neuroimagen PET (*Positron Emission Tomography*) muestran que, cuando un paciente TLP se ve expuesto a estímulos negativos (por ejemplo, enfado inducido), la actividad cerebral se altera. El sistema límbico, responsable de reacciones emocionales y sentimientos (Denny et al., 2018; Schulze, Schmahl, & Niedtfeld, 2016a; Silbersweig et al., 2007b) y el córtex cingulado posterior, que regula del ritmo cardíaco, la tensión arterial y la inhibición verbal, se hiperactivan (Donegan et al., 2003; Herpertz et al., 2001) mientras que las áreas inferiores del córtex prefrontal, relacionadas con la actividad socioemocional y la función ejecutiva consciente (Bush, Luu, & Posner, 2000; Van Reekum, 1993) y el sistema de recompensas, reducen su actividad (Mahmood Aliloo, Hashemi Nosratabad, & Karimpour Vazifehkhori, 2018). Este desajuste se asociaría con una falta de conectividad entre el córtex prefrontal y sistema límbico (Carrasco et al., 2012; Leichsenring et al., 2011a; Scherpiet et al., 2014) que permitiría entender la severidad de muchos de los síntomas emocionales y conductuales del TLP (Vai et al., 2018), como la alta expresividad de emociones negativas en proporción a las positivas (Ruocco & Carcone, 2016), la sensibilización hacia la ansiedad (Gratz, Tull, & Gunderson, 2008) y hacia cualquier experiencia incómoda o difícil que pueda provocarla (Bertsch et al., 2013; Jovev et al., 2012), la dificultad para manejar situaciones (Ruocco, Amirthavasagam, Choi-Kain, & McMair, 2013; Schulze, Schmahl, & Niedtfeld,

2016b), el bajo arousal (Linehan, 1993a), la falta de empatía (Flury, Ickes, & Schweinle, 2008; Jeung, Walther, Korn, Bertsch, & Herpertz, 2018), la impulsividad (Berlin, Rolls, & Iversen, 2005; Depue & Lenzenweger, 2005; Krause-Utz, Winter, Niedtfeld, & Schmahl, 2014; New et al., 2007; Schulze, Schmahl, & Niedtfeld, 2016; van Zutphen et al., 2018), la falta de coherencia o confusión en su narrativa (Lind, Vanwoerden, Penner, & Sharp, 2019; Rasmussen et al., 2017) o el alto riesgo de desgaste y de fracaso académico (Grant et al., 2008; Taylor, James, Bobadilla, & Reeves, 2008; Tomko et al., 2014).

Se ha constatado también una *alteración en los neurotransmisores* implicados en el control de impulsos, la agresión y el afecto de estos pacientes. Los niveles de serotonina son inversamente proporcionales a los de agresividad (Bellino, Paradiso, & Bogetto, 2008), y parece existir relación entre las catecolaminas (noradrenalina y dopamina) y la disregulación del afecto (Coccaro, Lee, & McCloskey, 2003). Otros neurotransmisores y neuromoduladores implicados en la génesis del TLP son la vasopresina (Coccaro, Kavoussi, Hauger, Cooper, & Ferris, 1998), acetilcolina (Steinberg et al., 1997), ácidos grasos (Zanarini & Frankenburg, 2003), colesterol (Atmaca, Kuloglu, Tezcan, Gecici, & Ustundag, 2002) y el hipotálamo-hipofiso-suprarrenal (Rinne, Van den Brink, Wouters, & Van Dyck, 2002). Pocos estudios han investigado el papel de las hormonas sexuales en el TLP, pero parece que la concentración de testosterona, involucrada en la inhibición prefrontoamigdal, podría encontrarse elevada y determinar una conducta dominante tanto en hombres como en mujeres con esta patología (Rausch et al., 2015). También los cambios hormonales propios del ciclo menstrual (progesterona y estradiol) podrían afectar a la expresión de síntomas TLP (Eisenlohr-Moul, DeWall, Girdler, & Segerstrom, 2015). Sería necesario, no obstante, elucidar mejor las alteraciones neurocognitivas que subyacen a la patología TLP (Koudys, Gulamani, & Ruocco, 2018), porque tanto la hiperactivación amigdal

(New et al., 2007) como la baja actividad del córtex prefrontal, están descritas en adolescentes sanos sin TLP (Fonagy & Luyten, 2009; Wang, Lee, Sigman, & Dapretto, 2006) y de hecho, un reciente estudio niega que exista una base fisiológica y afirma que la única diferencia entre personas sanas y con TLP es la interpretación subjetiva que hacen de sus experiencias negativas (Gratz, Richmond, Dixon-Gordon, Chapman, & Tull, 2019).

1.5. Diagnóstico

En la práctica clínica, el método más extendido para diagnosticar TLP es la entrevista no estructurada basada en el juicio clínico de un terapeuta con experiencia profesional. La descripción retrospectiva de síntomas, situaciones que los dispararon y emociones experimentadas por parte del paciente TLP suele ser bastante fiable (Mneimne et al., 2019), aunque genera hasta un 30% más de diagnósticos de TLP que las entrevistas estructuradas o semiestructuradas (Andión et al., 2008). Idealmente y antes de comenzar la entrevista clínica, deberían explorarse las primeras señales conductuales de alarma a partir de los criterios diagnósticos que propone el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM (American Psychiatric Association, 2014b) o la Clasificación Internacional de Enfermedades CIE (Organización Mundial de la Salud, 1992). Desde el DSM-IV-TR, el diagnóstico de TLP implica la presencia de un mínimo de 5 criterios o síntomas de los 9 que propone el manual. Los criterios diagnósticos para TLP según el DSM-IV-TR, se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1 Criterios diagnósticos para TLP según el DSM- IV-TR (301.83)

<p>Patrón de inestabilidad en las relaciones, autoimagen y afecto e impulsividad manifestada por 5 (o más) de los siguientes hechos</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esfuerzos desesperados para evitar el abandono real o imaginado. 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas. Alternancia entre los extremos de idealización y devaluación. 3. Alteración de la identidad: Inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y sentido del yo. 4. Impulsividad en 2 o más áreas potencialmente autolesivas: gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios. 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas. 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo. 7. Sensación crónica de vacío. 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (ej: exhibición frecuente de genio). 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
---	---

Un mayor número de síntomas se relaciona con una mayor severidad patológica del trastorno (Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple, & Martinez, 2013) y, aunque todos los síntomas tienen el mismo peso para diagnosticar TLP, el síntoma más estable y específico tras dos años desde su aparición es el patrón de relaciones interpersonales inestables (Wesscholar et al., 2007). El DSM-IV viene arrastrando, no obstante, una serie de limitaciones a nivel clínico y de investigación que han dado lugar a una nueva propuesta de modelo diagnóstico aún en periodo de prueba: el DSM-5 (2014). Desde esta nueva versión, el diagnóstico de TLP requiere la presencia de 4 o más rasgos patológicos de personalidad (categoría B: labilidad emocional, ansiedad, inseguridad de separación, depresión, impulsividad, asunción de riesgos y hostilidad) y un deterioro moderado o grave al menos en 2 áreas de funcionalidad (categoría A: identidad, autodirección personal, empatía e intimidad). Este tipo de abordaje dimensional tiene en cuenta el desarrollo natural del trastorno (desde que el niño es temperamentamente vulnerable hasta que aparecen los primeros síntomas) (Chanen &

Kaess, 2012; Lenzenweger & Cilicchetti, 2005), recoge bien su variabilidad y heterogeneidad entre los adolescentes (Skodol, 2011) y es coherente con las recientes orientaciones psicológicas sobre el transdiagnóstico (Norton, 2012). Para algunos autores, el DSM-5 podría convertirse en el método de evaluación del futuro.

Otro sistema de clasificación de trastornos de personalidad es el europeo o CIE 10 (1992). Desde este enfoque, el TLP se denomina Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad y está caracterizado por una marcada predisposición a actuar de manera impulsiva sin tener en cuenta las consecuencias y un ánimo inestable y caprichoso; se distinguen dos variantes de trastorno (subtipo límite y subtipo impulsivo) que comparten aspectos generales de impulsividad y falta de control sobre uno mismo. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos del Trastorno de Inestabilidad Emocional de la Personalidad según este sistema (Ver Tabla 2).

Tabla 2 Criterios diagnósticos para Trastorno de Inestabilidad Emocional según el CIE- 10 (F 60. 3)

<p>F 60.30. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo impulsivo.</p> <p>Predomina la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.</p>	<p>Incluye: Personalidad explosiva y agresiva Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad</p> <p>Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F. 60.2)</p>
<p>F. 60.31. Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad tipo límite.</p> <p>Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque estos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes)</p>	<p>Incluye: Personalidad “borderline” Trastorno “borderline” de la personalidad</p>

En junio de 2018 se publica el borrador de la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2018), que plantea un abordaje dimensional de los TP similar al propuesto desde el DSM-5, pero defendiendo además que no hay diferencias esenciales entre la estructura de la personalidad de los sujetos con TP o sin él y que lo único que determina un mejor o peor pronóstico es su nivel de gravedad. Los dominios de la personalidad propuestos son 4: internalizante (lábil, ansioso), externalizante (hostil, disocial), anancástico (perfeccionista, rígido) y esquizoide (susceptible y poco empático). Paralelamente, el CIE-11 propone valorar la gravedad de los TP (1. dificultad de la personalidad; 2. perturbación de la personalidad; 3. trastorno simple de la personalidad; 4. trastorno complejo de la personalidad; y 5. trastorno severo de la personalidad). La valoración conjunta del dominio y la gravedad, constituye el esquema clasificatorio de los TP (Tyrer, 2013) y parece que su publicación definitiva, prevista para enero de 2022, podría dejar atrás el formato híbrido propuesto desde el DSM- 5 (Caballo, 2013).

En caso de sospecha de un diagnóstico de TLP (a partir de los criterios DSM o CIE), sería conveniente realizar una entrevista estructurada o semiestructurada (Perry, 1992). Una de las más utilizadas es la Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997) o la Diagnostic Interview for Borderlines- Revised (DIB-R; Barrachina et al., 2004), aunque en la Tabla 3 aparecen varias más. Los autoregistros son otro tipo de instrumento cuya capacidad predictiva es equivalente a la de las entrevistas (Geiger, Peters, & Baer, 2014; Hopwood et al., 2008; Meaney, Hasking, & Reupert, 2016). Su uso de manera aislada resulta poco fiable (Caballo & Valenzuela, 2001), pero asociados a una entrevista incrementa su fiabilidad y determina la gravedad del diagnóstico (Huprich, Bornstein, & Schmitt, 2011; Zimmerman & Coryell, 1990). En la Tabla 3 se

presentan las principales ventajas e inconvenientes de cada una de las herramientas (entrevistas y autoregistros) más frecuentemente utilizadas para la evaluación del TLP.

Tabla 3 Ventajas e inconvenientes de los principales instrumentos de evaluación del TLP

NOMBRE DEL INSTRUMENTO	TIPO DE INSTRUMENTO	Nº ITEMS/ BLOQUES	AUTOR Y FECHA	VENTAJAS	INCONVENIENTES
DIB-R: <i>Diagnostic Interview for Borderlines-Revised</i>	ENTREVISTA ESTRUCTURADA Basada en el DSM	<i>Evalúa 5 ámbitos de contenido (adaptación social, patrones de acción impulsivos, afectos, psicosis y relaciones interpersonales).</i>	<i>Mary C. Zanarini et al., 1989</i> <i>(Barrachina et al., 2004)</i>	La más utilizada junto con la SCID-II. Mide severidad de síntomas TLP. Utilidad clínica e investigadora. Alta validez discriminativa. Psicodinámica.	Instrumento categórico (no dimensional). Larga duración (45 a 60 minutos). Desatiende rasgos de otros trastornos de personalidad. Requiere entrenamiento profesional. No es sensible al cambio.
SCID-II: <i>Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos del Eje II del DSM-IV</i>	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Basada en el DSM	<i>120 items sobre una escala de 4 puntos.</i>	<i>M. First, Gibbon, & Spitzer, 1997</i>	La más utilizada junto con la DIB-R. Uso clínico e investigador. Ateórica. Sensible para detectar TP en adolescentes.	Instrumento categórico (no dimensional). Larga duración (45-90 minutos por sesión). Requiere entrenamiento profesional. Atiende rasgos de otros trastornos de personalidad.

IPDE: <i>Examen Internacional para los Trastornos de Personalidad</i>	ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA Basado en el DSM	77 items dicotómicos	<i>Loranger, A. W., Janca, A., & Sarotius, 2007</i>	Evalúa los últimos 5 años. Cómoda y natural para el terapeuta. Se solicitan ejemplos.	Larga duración (90 minutos). Requiere entrenamiento del profesional.
ZAN-BPD <i>Zanarini rating scale for borderline personality disorder</i>	ENTREVISTA ESTRUCTURADA Basada en el DSM-IV	9 items para los 9 criterios del DSM-IV-TR para TLP en escalas de 4 puntos (0 a 36 puntos).	<i>M. C. Zanarini, Vujanovic, et al., 2003</i>	Breve. Específica para TLP. Mide severidad global de síntomas. Sensible al cambio.	Sin adaptación española. Evalúa la última semana. Desatiende rasgos de otros trastornos de personalidad. Mide severidad aguda.
PAS: Personality Assessment Schedule- Cuestionario de evaluación de la personalidad	AUTO-REGISTRO	Mide 24 rasgos de personalidad sobre una escala de 9 puntos.	<i>P. Tyrer & Alexander, 1979</i>	Mide la influencia del rasgo sobre la vida de la persona y su funcionalidad.	Antigua, antes de que apareciera el DSM-III.
PID- 5: <i>Personality Inventory for DSM-5</i>	AUTO-REGISTRO	220 items en escalas de 4 puntos.	<i>Krueger, Derringer, Markon, Watson, & Skodol, 2012</i> <i>(Esbec & Echeburúa, 2014)</i>	Instrumento dimensional. Propiedades psicométricas adecuadas. Adaptada al español. Se usa en	Larga (220 items). No mide funcionalidad (solo rasgos patológicos). Poco generalizable por la escasez de

				población general y clínica.	estudios.
BSL-23 <i>Borderline Symptom List</i>	AUTO-REGISTRO	23 ítems sobre escala de 5 puntos (de 0 a 92 puntos)	Bohus et al., 2009 (Joaquim Soler et al., 2013)	Breve (23 ítems tipo Likert). Mide severidad de síntomas TLP. Fácil aplicación. Corta duración (3-4 minutos). Fiable y válida. Sensible al cambio. Puede usarse como <i>screening</i> .	Desatiende rasgos de otros trastornos de personalidad. Se refiere a la última semana. No mide funcionalidad (solo rasgos patológicos).
BEST <i>Borderline Evaluation of Severity over Time</i>	AUTO-REGISTRO	15 ítems divididos en 3 subescalas a puntuar sobre 5 puntos	Pfohl et al., 2009	Breve. Mide severidad de síntomas TLP. Buenas propiedades psicométricas (fiabilidad test-retest, validez convergente, validez discriminante). Sensible al cambio.	Mide específicamente los resultados del programa de terapia STEPPS. Se refiere al último mes.

<p>ICG - TLP</p> <p><i>Impresión Clínica Global</i></p>	<p>AUTO-REGISTRO</p>	<p>10 items (9 dominios psicopatológicos y 1 global)</p>	<p>Perez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., & Alvarez, 2007</p>	<p>Corrige la excesiva generalización característica de su versión original.</p> <p>Corta duración.</p> <p>Evalúa severidad y cambio.</p> <p>La más sensible al cambio junto con la BSL-23.</p> <p>Simple y fácil de administrar.</p>	<p>La puntuación global se obtiene después de sumar las puntuaciones de los 10 items por separado.</p>
<p>MCMI-III</p> <p><i>Cuestionario Clínico Multiaxial de Millon</i></p>	<p>AUTO-REGISTRO</p>	<p>175 items dicotómicos distribuidos en 11 escalas</p> <p>(3 rasgos patológicos, 7 síndromes gravedad moderada, 3 síndromes gravedad severa y 4 escalas de control)</p>	<p>Millon, T., Davis, R., y Millon, 1997</p>	<p>Corta duración (20- 30 minutos).</p> <p>Es el más conocido.</p> <p>Administrable de manera individual o colectiva.</p> <p>Existe versión informatizada.</p> <p>Detecta desviaciones de la normalidad.</p>	<p>Estructura compleja.</p> <p>No refleja claramente los criterios DSM-I (trastornos clínicos).</p> <p>Solo adultos.</p>
<p>MMPI 2-PD</p> <p><i>Minnesota Multiphasic Personality Inventory</i></p>	<p>AUTO-REGISTRO</p>	<p>567 items (primeros 370 son escalas clínicas y de validez)</p>	<p>Butcher, J.N., Graham, J.R, Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. y Kaemmer, 2019</p> <p>(Fantoni-Salvador</p>	<p>Evalúa trastornos de personalidad y trastornos emocionales.</p> <p>Muy utilizada.</p> <p>Aplicación sencilla (lápiz y papel).</p>	<p>Larga duración: 60- 90minutos (recomendable aplicar en 2 sesiones).</p> <p>Interpretación compleja.</p> <p>A partir de 18</p>

			& Rogers, 1997)	Administrable de manera individual o colectiva. Existe versión informatizada. Ateórico.	años. Nivel intelectual (2º-3º E.S.O. /C.I.: 80-85)
PAI <i>Inventario de evaluación de la personalidad</i>	AUTO-REGISTRO	22 escalas (11 clínicas, 5 de consideraciones para el tratamiento, 4 de validez y 2 de relaciones interpersonales)	Morey, 2011 (Ortiz- Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. & Santamaría, 2017)	Aplicación sencilla (lápiz y papel u <i>online</i>). Adaptada al español. Buenas propiedades psicométricas. Aplicable de manera individual o colectiva. Existe una adaptación para adolescentes (PAI-A). En psicología clínica y población general: sirve como <i>screening</i> .	Larga duración: entre 45 y 55 minutos.

HERRAMIENTAS DE SCREENING

CEPER-III-TLP: <i>Exploratory Questionnaire of Personality-III quot</i>	AUTO- REGISTRO	<i>12 items a puntuar de 1 a 7 (12-84 puntos).</i>	<i>V.E. Caballo et al., 2011</i>	Aplicación rápida y fácil. Validez convergente con el MCMII-III.	Nivel de evidencia bajo.
MSI-BPD: <i>Mc Lean Screening Instrument for borderline personality disorder</i>	AUTO- REGISTRO	<i>10 items dicotómicos.</i>	<i>Mary C. Zanarini, Vujanovic, et al., 2003</i> <i>J. Soler et al., 2016</i>	Rápida y fácil de usar Especificidad, consistencia interna, fiabilidad test- retest Sensible al diagnóstico en adolescentes.	Recientemente validada al español (posterior al inicio de este estudio).

Algunos autores recomiendan administrar primero el autoregistro para detectar rasgos patológicos y después, durante la entrevista, explorarlos a fondo; el uso aislado de autoregistros, podría confundir diagnósticos (Zimmerman et al., 2010). Los antecedentes familiares de enfermedad mental deben reflejarse en la historia del paciente TLP, ya que no existen *tests* de laboratorio ni de neuroimagen que ayuden a diagnosticarlo pese al importante componente biológico de este trastorno (Belsky et al., 2012; Paris, 2008a). Con todo, evaluar y detectar un caso de TLP no es tarea fácil por la cantidad y variedad de aspectos patológicos implicados en su diagnóstico, que pueden combinarse de hasta 256 maneras diferentes sin salirse de los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR (Biskin & Paris, 2012). Además, determinados rasgos de personalidad pueden incrementarse y resultar desadaptativos en épocas de estrés transitorio sin que ello implique un diagnóstico de TLP (American Psychological Association, 2000). Las autolesiones tampoco son ni necesarias ni suficientes para establecer un diagnóstico

(Nock, Joiner, Gordon, Lloyd-Richardson, & Prinstein, 2006) y de hecho, la tasa de autolesión no suicida en población joven es superior a la de TLP (Glenn & Klonsky, 2013). También retrasa la identificación del trastorno la naturaleza egosintónica de sus síntomas (no provocan malestar), que hace que los pacientes pidan ayuda únicamente si necesitan atención urgente debido a síntomas severos, absorbiendo gran cantidad de tiempo, esfuerzo y recursos por parte del terapeuta (Arble & Krasean, 2018).

1.6. Evolución y comorbilidad

El TLP emerge típicamente en la adolescencia o al principio de la juventud, igual que otros trastornos graves como la esquizofrenia, el trastorno bipolar o las adicciones (Paris, 2003); de hecho, muchos adultos diagnosticados de TLP tuvieron sus primeros contactos con los servicios de salud mental en esta etapa de la vida (New et al., 2013). No hay un solo síntoma que determine la aparición de TLP (Bleiberg et al., 2012), pero existen potentes y reconocibles predictores en la adolescencia como son la difusión de la identidad (Becker, Grilo, Edell, & McGlashan, 2002; Doering et al., 2012; Carsten Jørgensen, 2009; Lind et al., 2019; Westen, Betan, & Defife, 2011), sentimientos crónicos de vacío (Klonsky, 2008; Stoffers et al., 2010), ira inapropiada e intensa (Garnet, Levy, Mattanah, Edell, & McGlashan, 1994; Stoffers et al., 2010), miedo al abandono (Becker et al., 2002), la falta de metas (Kaess, Brunner, & Chanen, 2014b) o la disregulación emocional (Linehan, 1993a; Pinto, Grapentine, Francis, & Picariello, 1996; Stoffers et al., 2010). Otros indicadores de vulnerabilidad temperamental son la baja tolerancia a la frustración, impulsividad (conductas de riesgo y amenazas suicidas) (Burke & Stepp, 2012; De Clercq, Decuyper, & De Caluwé, 2014), problemas relacionales (Gunderson, 2010), disfunción cognitiva (tendencias paranoides y alucinatorias) (Chanen, Jackson, et al., 2008) o gestos autolesivos (Nakar et al., 2016). También se consideran vulnerables para desarrollar TLP los niños que tienen una visión

hostil del mundo y muestran agresividad o inestabilidad emocional durante las interacciones (Crick et al., 2005). En general, la aparición temprana de síntomas se asocia con un mal pronóstico, porque acarrea un uso intensivo de los servicios de salud mental (Coid et al., 2009), mayor riesgo de suicidio (Yalch, Hopwood, Fehon, & Grilo, 2014) y una peor calidad de vida (Cohen, Crawford, Johnson, & Kasen, 2005; Miller et al., 2008; Soeteman et al., 2008a; ten Have et al., 2016). Aunque por otro lado, la adolescencia es un momento único para tratar síntomas y conductas patológicas (Brickell, 2018; Chanen et al., 2015; Chanen, Berk, & Thompson, 2016; Chanen & McCutcheon, 2013; McMain, Guimond, Barnhart, Habinski, & Streiner, 2017), pues es cuando el pensamiento abstracto se desarrolla (Piaget, 1930; 1952) y el sentido de uno mismo o identidad aún no ha llegado a cristalizar (Erikson, 1959; Lenzenweger & Castro, 2005). Si un adolescente retrasa o no llega a formar un sentido estable de sí mismo, es muy probable que la personalidad termine fragmentándose y adquiriendo la negatividad que caracteriza al TLP adulto (Gunderson et al., 2018; Wilkinson-Ryan & Westen, 2000; Zeigler-Hill & Abraham, 2006). La dificultad se encuentra en detectar con certeza los primeros indicios de TLP, pues muchos adolescentes muestran una alta reactividad emocional (Larson, Moneta, Richards, & Wilson, 2002) y búsqueda de sensaciones mediante acciones de riesgo (conducir bajo efectos del alcohol, peleas, practicar sexo de forma poco segura, uso de drogas ilícitas, etc) (Choudhury, Blakemore, & Charman, 2006; Erwin, 1989; Irwin, Burg, & Uhler Cart, 2002), además de escasa empatía (Choudhury et al., 2006) y dificultad para dar sentido a la información; por ejemplo, captan rechazo en expresiones faciales que son neutras (Meyer, Pilkonis, & Beevers, 2004) sin implicar un diagnóstico de TLP (Spear, 2007; Tucker & Moller, 2007). Además, todas estas limitaciones no suelen ser globales, sino que se limitan a los contextos sociales (Fineberg et al., 2018; Paret, Jennen-Steinmetz, & Schmahl, 2017), sobre todo cuando estos son ambiguos o complejos (Doell et al.,

2020; Killgore, Oki, & Yurgelun-Todd, 2001; Monk et al., 2003; Susic-Vasic et al., 2019). Tampoco las autolesiones son determinantes para establecer el diagnóstico, pues ni todos los pacientes TLP se hacen daño, ni toda autolesión es indicativa de un diagnóstico de TLP (American Psychiatric Association, 2014a); de hecho, hay más adolescentes con autolesiones no suicidas que con TLP (Glenn & Klonsky, 2013). Además, solo el 6,3% de adolescentes acude al hospital después de cometer este tipo de actos (Hawton, Harriss, Simkin, Bale, & Bond, 2004) y en muchos casos, las autolesiones desaparecen espontáneamente (McGlashan et al., 2005; Moran et al., 2012). Afortunadamente, los síntomas más agudos e impulsivos del TLP suelen ser los primeros en remitir (Zanarini, 2007; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2016) y tienden a suavizarse incluso de manera espontánea hacia a los 40 años de edad (Gunderson et al., 2011; Paris, 2008). Sin embargo, los aspectos temperamentales son más resistentes al tratamiento y están relacionados con numerosos reingresos hospitalarios (Havassy & Hopkin, 1989), elevada comorbilidad (Cohen, 2008), alto riesgo de suicidio (Coyle, Shaver, & Linehan, 2018) y en general, baja funcionalidad académica, laboral y social (Bateman, Gunderson, & Mulder, 2015; Binks et al., 2006; Chanen, Jovev, et al., 2007; Chanen, 2015; Gunderson et al., 2011; Stoffers-Winterling et al., 2012; Winograd, Cohen, & Chen, 2008; Zanarini, 2007). De hecho, algunos pacientes con TLP se muestran insatisfechos al reconocer que la psicoterapia reduce generalmente su impulsividad y el riesgo el suicidio, pero no mejora su estado de ánimo, ni la sensación de vacío, ni su funcionalidad laboral (Alexander, 2006). Si las intervenciones de carácter preventivo mejorasen y se extendieran ante los primeros indicios psicopatológicos, que tanto en el TLP como en el resto de trastornos mentales suelen aparecer en la juventud (Patel & Rahman, 2015), es posible que se pudiera evitar su cronificación, resistencia al tratamiento y deterioro del ajuste social de la persona (Beesdo, Knappe, & Pine, 2009).

La psicopatología en niños y adolescentes (ansiedad, depresión, consumo de sustancias o trastorno por déficit de atención e hiperactividad) predispone a la aparición de trastornos de personalidad en la vida adulta, incluido el TLP (Helgeland, Kjelsberg, & Torgersen, 2005; Stepp, Burke, Hipwell, & Loeber, 2012). También los trastornos de personalidad parecen predisponer a la aparición de otras patologías mentales, a veces como secuela residual de los mismos (Cervera & Martínez-Raga, 2005). Los principales trastornos mentales con los que se solapa el TLP son depresión mayor, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, trastornos alimentarios, trastorno bipolar y adicciones (American Psychiatric Association, 1980; Black, Blum, Pfohl, & Hale, 2004; García López et al., 2010; Gratz, Tull, Baruch, Bornovalova, & Lejuez, 2008; Oldham et al., 1995; Tomko et al., 2014; Zanarini et al., 1998b). En mujeres, las comorbilidades más frecuentes son por ejemplo los trastornos alimentarios (30-50%), la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (Sansone & Sansone, 2011) mientras que otras, como el abuso de sustancias, aparecen con mayor probabilidad en hombres (Zlotnick et al., 2002). El TLP se encuentra frecuentemente asociado también con otros trastornos de personalidad, concretamente el antisocial, histriónico, dependiente o esquizotípico seguido del paranoide, narcisista, evitativo y pasivo-agresivo (Caballo, 2004). No es sencillo hacer un diagnóstico diferencial, pues muchos de los síntomas del TLP son comunes a otros trastornos y provocan sendos solapamientos (Moukhtarian et al., 2018; Santangelo et al., 2016); aún así, existen algunas diferencias en su patrón de presentación y evolución temporal que resultan útiles en la evaluación diagnóstica. Por ejemplo, la inestabilidad emocional en el TLP se exagera en contextos relacionales (no es endógena), oscila entre el enfado y el malestar (no entre la tristeza y la euforia) y es menos duradera que en el trastorno bipolar (Koenigsberg et al., 2002). Otra diferencia, la impulsividad de estos pacientes aparece en situaciones de estrés (no es continua como en el TDAH) y responde a la búsqueda de recompensas a corto plazo (en el trastorno

antisocial, la recompensa puede esperar) (Turner, Sebastian, & Tüscher, 2017). Si existe una psicopatología comórbida con el TLP y este no se detecta, la remisión de síntomas del otro trastorno se retrasa (Kvarstein, Nordviste, Dragland, & Wilberg, 2017) y, en ocasiones, sobreviene un diagnóstico de depresión mayor (Lynch, Morse, & Vitt, 2002). A veces, tal diagnóstico no es real: puede tratarse de un estado de insatisfacción con la vida que solo mejora cuando se controlan los síntomas de TLP y algo similar ocurriría con la incertidumbre y la percepción de falta de control, propias de los trastornos de ansiedad (Gunderson et al., 2004). El TLP puede coexistir también con trastornos del sueño (Ramos, Franquelo, Franesqui, & López, 2017) o con enfermedades físicas crónicas de origen gastrointestinal, cardiovascular, genito-urinario y respiratorio entre otras (El-Gabalawy, Katz, & Sareen, 2010; Frankenburg & Zanarini, 2006; Shen, Hu, & Hu, 2017). La esperanza de vida para el paciente TLP es, igual que para otros trastornos mentales graves, de 14 a 32 años menor que para la población general (Colton & Manderscheid, 2006; Walker, McGee, & Druss, 2015) y no solo por suicidio, también por muerte natural en relación con hábitos de vida poco saludables (por ejemplo no hacer ejercicio, consumir tabaco o alcohol o usar somníferos/ analgésicos), enfermedades médicas asociadas (por ejemplo diabetes, obesidad u osteoartritis) y/o incluso pobreza (Colton & Manderscheid, 2006; Olfson, Gerhard, Huang, Crystal, & Stroup, 2015; Walker et al., 2015). De hecho, en un estudio prospectivo a 16 años se encontró que, en pacientes TLP, la tasa de mortalidad (4,5%) era la misma por suicidio que por otras causas (Zanarini et al., 2016). La comorbilidad implica generalmente una mayor severidad patológica (Zimmerman et al., 2012) y una alta tendencia a que el paciente sea polimedicado (Kendall, Burbeck, & Bateman, 2010; Zanarini, Frankenburg, Reich, Harned, & Fitzmaurice, 2015).

1.7. Suicidio y trastorno límite de personalidad

El suicidio constituye un problema de salud pública, cuyas tasas de incidencia han aumentado un 60% en los últimos 50 años; actualmente, es la segunda causa de muerte para jóvenes de entre 15 y 29 años de todo el mundo (World Health Organization, 2014). Muchos de los jóvenes que se suicidan, padecen una enfermedad psiquiátrica subyacente: con frecuencia TLP (Anestis, Bagge, Tull, & Joiner, 2011; Kullgren, Renberg, & Jacobsson, 1986; Paris & Zweig-Frank, 2001; Runeson & Beskow, 1991). Para ellos, la tasa de suicidio es del 3 -10% (Pompili et al., 2005; Siever et al., 2002), 50 veces mayor que para la población general (Oldham, 2006; Ritschel & Kilpela, 2014) y por encima de la de cualquier otra enfermedad mental cuando el TLP se solapa con algún trastorno comórbido (Cheng, Chen, Chwen-Chen, & Jenkins, 2000; Oldham, 2006). Por suerte, la ideación suicida suele mover al paciente con TLP a buscar atención médica (Banzhaf et al., 2012) y de hecho, hasta un 99% de los casos habían contactado con los servicios de salud mental o de emergencias sanitarias en el año previo a la consumación del suicidio y el 88% lo había hecho 6 meses antes de morir, según un reciente estudio retrospectivo (Broadbear, Dwyer, Bugeja, & Rao, 2020). El mayor indicador de riesgo de suicidio para un paciente con TLP es el uso de servicios de salud mental durante las etapas iniciales de búsqueda de tratamiento (Pompili, Girardi, Ruberto, & Tatarelli, 2005; Temes, Frankenburg, Fitzmaurice, & Zanarini, 2019). También se relaciona con un mayor riesgo de suicidio el hecho de tener estancias repetidas/ prolongadas en un hospital, sobre todo en los 6 meses posteriores al alta médica (Yen et al., 2013). El principal motivo de ingreso hospitalario para esta población suele ser la incidencia de conductas autolesivas (Biagini Alarcón, Torruco Salcedo, & Carrasco Fernández, 2005), presentes en el 46%-92% de los pacientes (Black et al., 2004; Carpenter & Trull, 2013; Chapman, Derbidge, Cooney, Hong, & Linehan, 2009; McMMain et al., 2017; Ritschel & Kilpela, 2014), aunque este tipo de

gestos aparece también en el contexto de otros trastornos de personalidad, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios o adicciones (Andover, Pepper, Ryabchenko, Orrico, & Gibb, 2005; Klonsky, Oltmanns, & Turkheimer, 2003; Nock et al., 2006). Las autolesiones no suicidas se entienden como lesiones superficiales y dolorosas aplicadas sobre el propio cuerpo de manera repetida (American Psychiatric Association, 2014a), sin que escondan deseo de morir como ocurre con la conducta suicida (Favazza, 2013; Kaess et al., 2012). De hecho, lo que se persigue mediante este tipo de actos es regular emociones (aliviar las negativas/ inducir las positivas) (Brown et al., 2002), resolver dificultades interpersonales, autocastigarse, expresar dolor (American Psychiatric Association, 2014; Disorder, 2015; Trull et al., 2008), comunicar necesidades, crear heridas visibles que poder tratar, proteger a otros del propio dolor, evitar el suicidio con la intención de seguir viviendo y en definitiva sentir control (Dilazzero, 2003). En el 30% de los casos, la práctica autolesiva comienza hacia los 12 años de edad y en otro 30% entre los 13 y los 17 (Zanarini, Frankenburg, Ridolfi, et al., 2006), principalmente ante situaciones socioemocionales difíciles: conflictos interpersonales, separación de seres queridos o mera sensación de vacío (Eskin, 2004; Rathus & Linehan, 2007), aunque también pueden dispararse sin que haya habido confrontación alguna (Deckers et al., 2015). Los pacientes con TLP suelen ser conscientes de estas dificultades (Fineberg, Hu, Null, Neustdter, Sakheim, & Corlett, 2019) y de su reducida capacidad para aprender en situaciones sociales (Beblo et al., 2014; Norling & Kim, 2010) pero, con motivo o sin el, experimentan rechazo, perciben peligro y conectan con una serie de creencias catastrofistas sobre sí mismos y sobre los demás que habitualmente les termina desestabilizando (Khan & Kamal, 2020; Signer, Estermann Jansen, Sachse, Caspar, & Kramer, 2019) y provocan la aparición de autolesiones no suicidas (Glenn, Michel, Franklin, Hooley, & Nock, 2014). Este tipo de gestos ocupan un nivel intermedio entre la mera ideación suicida sin planificar y la muerte (Guo & Harstall,

2002; García López et al., 2010) y representan un importante factor de riesgo para el suicidio (Asarnow et al., 2011; Brunner et al., 2007; Eskin, 2004; Glenn & Klonsky, 2013; Lewinsohn, Rohde, & Seeley, 1994; Wilkinson, Kelvin, Roberts, Dubicka, & Goodyer, 2011): incrementan de 20 a 30 veces las probabilidades de muerte dentro del primer año (Beautrais & New Zealand. Ministry of Health., 2005), sobre todo si se usan varios métodos autolesivos a la vez (American Psychiatric Association, 2014a). El umbral del dolor es elevado en pacientes con TLP (Schmahl & Baumgärtner, 2015), pero su baja tolerancia a la frustración les disuade de provocarse un daño físico importante (Anestis, Bender, Selby, Ribeiro, & Joiner, 2011; Anestis, Gratz, Bagge, & Tull, 2012). No obstante, la exposición continua a acontecimientos dolorosos y/o duros y las autolesiones repetidas van desarrollando en ellos la capacidad para provocarse daño en proporciones crecientes (Van Orden et al., 2010), sobre todo teniendo en cuenta que el dolor que provoca una incisión en el brazo reduce la actividad amigdalara, normaliza la conectividad cortolímica (Reitz et al., 2015) y provoca una reducción subjetiva de estrés (Willis et al., 2017). Cuando además de hacerse daño, la persona tiene ideación suicida severa y persistente, el riesgo de suicidio es mayor (Joiner, 2005; Nock et al., 2006; Nordström, Samuelsson, & Åsberg, 1995; Wen-Hung, Gallo, & Tien, 2001) y “se le puede ir la mano” con facilidad (Purinton & Whitlock, 2004) en forma de intento abortado, daño grave o muerte accidental (Turner et al., 2015). No se han encontrado diferencias respecto a la tendencia a hacerse daño entre los pacientes TLP de ambos sexos (Oumaya et al., 2008), pero el suicidio consumado se produce más frecuentemente en hombres, sobre todo menores de 30 años (Soloff, Lynch, & Kelly, 2002). Las implicaciones psicosociales y el pronóstico son distintos si una autolesión tiene intención suicida o no la tiene, por eso es importante diferenciarlo en cada caso (Kahan & Pattison, 1984; Muehlenkamp, 2005).

2. TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Hasta hace unos 30 años, el TLP se consideraba el diagnóstico con peor pronóstico en psicoterapia (Freeman, Pretzer, Fleming, 1990), pues requería aproximadamente el triple de tiempo de tratamiento para alcanzar la mitad de mejoría que en otros trastornos (Howard, Kopta, Krause, & Orlinsky, 1986), y ha llegado incluso a catalogarse como una enfermedad intratable (McMain et al., 2009). Desde que Linehan en 1991 y Stevenson & Meares en el año 1992 publicaran los primeros resultados sobre el éxito psicoterapéutico de la Terapia Dialéctico Conductual en TLP (Beatson & Rao, 2014) y durante los últimos 25 años, el tratamiento del TLP ha experimentado un importante progreso (Chanen & McCutcheon, 2013; Gunderson, 2007; Leichsenring et al., 2011; Oldham, Skodol, Bender, 2007; Schmahl et al., 2014). Estos pacientes siguen siendo, a día de hoy, los que más recursos sanitarios consumen en visitas a urgencias (Sherry & Wihle, 2008; Paris, 2002; Pascual et al., 2007), hospitales de día (Karterud & Wilberg, 2007), reingresos hospitalarios (Hervías Higuera, Maroto Martín, Jimenez de los Galanes Marchán, San Román Uría, & Nuñez Morales, 2016; Lana, Fernández San Martín, & Vinué, 2004; Obando Madrigal, 2015) y uso de medicación (Burns et al., 2001; Soeteman et al., 2008); pero es factible controlar la recurrencia de sus síntomas (Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2012), reducir el coste económico que supone para la sociedad (Karterud & Wilberg, 2007; Meuldijk et al., 2017; Zanarini et al., 2003; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Fitzmaurice, 2012) e incluso mejorar su calidad de vida si el abordaje es adecuado (Chakhssi, Zoet, Oostendorp, Noordzij, & Sommers-Spijkerman, 2019). La psicoterapia es el único tratamiento cuya eficacia está empíricamente avalada para TLP (American Psychological Association, 2001; Council, 2012; Excellence, 2009). Con este tipo de abordaje, algunos pacientes alcanzan remisiones sintomáticas del 35% a los dos años,

del 88% a los 10 años (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2006; Zanarini, Frankenburg, Reich, & Garrett, 2010) y superiores al 90% tras 16 años de seguimiento (Zanarini et al., 2012). De manera similar, también se han encontrado remisiones del 10% a los 6 meses de tratamiento, 25% al año, 45% a los 2 años y 85% a los 10 años (Gunderson et al., 2011). Aun así, la falta de criterios diagnósticos en la que estos estudios se basan no implica la recuperación a largo plazo de estos pacientes, porque los síntomas agudos remiten, pero los temperamentales como la difusión de la identidad, el miedo al abandono o las relaciones de dependencia, que condicionan una peor calidad de vida (Kaess et al., 2014b; Zaheer, Links, & Liu, 2008), permanecen bastante estables (Gunderson et al., 2011; Zanarini et al., 2007).

El abordaje del suicidio ha experimentado también un importante avance en los últimos 6 años y, aunque no existen fármacos demostradamente útiles para su abordaje (Spears et al., 2018), existen psicoterapias eficaces para estos pacientes (Brown et al., 2000; Feigenbaum et al., 2012; Glenn et al., 2015; Rudd et al., 2006; Spears et al., 2018; Stanley & Brown, 2012) y también para sus familiares (Goodman et al., 2016).

2.1. Farmacoterapia

El abordaje farmacológico del TLP cuenta aún con poca evidencia empírica (Binks et al., 2006; Ingenhoven, 2015; Lieb, Völlm, Rücker, Timmer, & Stoffers, 2010; Stoffers et al., 2010); sin embargo, su uso en la práctica clínica es creciente (Stoffers et al., 2010) y está más extendido que el de cualquier tipo de psicoterapia (Excellence, 2009). No existe un solo medicamento específicamente indicado para este diagnóstico (Gunderson, Links, 2014), ni tampoco alguno que ayude a reducir la severidad global de sus síntomas (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan, & Bohus, 2004), pero algunos fármacos resultan útiles para controlar los síntomas impulsivos y afectivos comórbidos (Choi-Kain, Finch, Masland, Jenkins, & Unruh, 2017), sobre todo en los momentos de

crisis (Nickel, 2006). De hecho, muchos de los pacientes TLP comienzan a ser medicados en sus primeras visitas a urgencias (Pascual et al., 2007). De momento y mientras las agencias reguladoras no aprueben la indicación del Brexpiprazol (antipsicótico que está actualmente en periodo de prueba) en el tratamiento del TLP, los fármacos cuyos efectos parecen ser más favorables para la disregulación emocional y los problemas interpersonales son los antipsicóticos de primera (Flupentixol) y de segunda generación (Aripiprazol y Olanzapina) y los estabilizadores del ánimo (Acido valproico, Topiramato y Lamotrigina), aunque la Olanzapina ha demostrado incrementar la conducta autolesiva y debe usarse con cuidado (Stoffers et al., 2010). También se recomienda precaución en el uso de benzodiazepinas (BZD) por su alto potencial adictivo y por las reacciones paradójicas, como la inquietud y la agitación, que suelen aparecer más frecuentemente en estos pacientes que en la población general (Maher et al., 2011). Cuando existe descontrol impulsivo-conductual, pueden añadirse ácidos grasos Omega-3 (Lieb et al., 2010; Stoffers et al., 2010). Es importante tener en cuenta también el posible efecto sobre el peso corporal que tiene la Olanzapina (por aumento) o el Topiramato (pérdida del mismo), sobre todo cuando el TLP es concomitante con un trastorno alimentario (Stoffers et al., 2010) así como el uso concomitante de distintos fármacos (Lieb et al., 2010) o su mal uso y el riesgo suicida por ingesta medicamentosa masiva (Kane-Urrabazo, 2006).

2.2. Psicoterapias

Más de trece alternativas psicoterapéuticas han demostrado alcanzar efectos beneficiosos sobre el TLP (Oud, Arntz, Hermens, Verhoef, & Kendall, 2018; Stoffers et al., 2012). Solo 4 de ellas explican la etiología y los factores que mantienen el trastorno desde su propio marco teórico, han publicado un protocolo de técnicas para su abordaje, priorizan la gestión del vínculo terapéutico como parte importante del efecto del

tratamiento y se consideran por tanto específicas: la Terapia Dialectico Conductual (TDC), la Terapia basada en la Mentalización (MBT), la Terapia focalizada en la Transferencia (TFP) y la Terapia de los Esquemas (ST) (Oud et al., 2018). Las 4 psicoterapias comparten además otra serie de factores comunes como son su planificación, estructuración y el énfasis psicoeducativo sobre el trastorno (Bateman & Krawitz, 2014; Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Stoffers et al., 2012; Wampold et al., 1997) que podrían explicar su nivel de eficacia tan similar, superior al del tratamiento habitual (TAU) o al del resto de psicoterapias no específicas para el TLP (Cristea et al., 2017; Levy, McMain, Bateman, & Clouthier, 2018; Neacsiu, Rizvi, & Linehan, 2010; Oud et al., 2018). El inconveniente de las terapias específicas es que resultan poco accesibles para muchos de los pacientes con TLP (Bateman & Fonagy, 2009a; Beatson, 2019; Cristea et al., 2017; Hermens, Van Splunteren, Van Den Bosch, & Verheul, 2011; Oud et al., 2018; Stoffers-Winterling et al., 2012; Tusiani-Eng & Yeomans, 2018), debido principalmente a su larga duración (Beatson, 2019; Glenn & Klonsky, 2013; Hall, Caleo, Stevenson, & Meares, 2001; Kaess et al., 2014; Lana et al., 2015; McMain et al., 2017; Soler et al., 2012), complejidad (Hermens et al., 2011), la falta de terapeutas experimentados (Bateman & Fonagy, 2009; Cristea et al., 2017; Doering et al., 2010; Hermens et al., 2011; Stevenson et al., 2005; Stoffers et al., 2012; Tusiani-Eng & Yeomans, 2018; Oud et al., 2018) y el alto coste económico que suponen para los servicios públicos de salud (Brassington & Krawitz, 2006; Choi Klain et al., 2016; Norling & Kim, 2010). Aun así, se ha visto que para los pacientes más graves, por ejemplo aquellos con una menor funcionalidad cotidiana (Bateman & Fonagy, 2013) o quienes no responden a tratamientos más generalistas (Choi-Kain, Albert, & Gunderson, 2016a), los tratamientos específicos resultan coste-efectivos (Barnicot et al., 2012; Brettschneider, Riedel-Heller, & König, 2014; Clarkin et al., 2007; Davidson, Tyrer, Norrie, Palmer, & Tyrer, 2010; Jørgensen et al., 2013; McMain,

Guimond, Streiner, Cardish, & Links, 2012; McMMain et al., 2009; Paris, 2013; Stanley, Brodsky, Nelson, & Dulit, 2007).

Algunos autores sostienen, no obstante, que la mayoría de casos de TLP no son tan graves ni requieren psicoterapias tan largas y especializadas en un principio, sino más bien programas que por su brevedad y viabilidad, puedan ofrecerse in situ y de manera escalonada (Choi-Kain, Albert, & Gunderson, 2016b; Paris, 2017) en el momento en que, ante los primeros síntomas agudos, estos pacientes solicitan ayuda (Choi-Klain et al., 2016; Clarkin et al., 2007; Jørgensen, 2009; McMMain et al., 2012; Oud et al., 2018), que es justamente cuando la psicoterapia ha demostrado funcionar mejor (Bateman & Fonagy, 2008; Davidson et al., 2010; Karterud et al., 2003; Paris, 2013; Zanarini, 2009).

Los tratamientos prolongados no han demostrado obtener mejores resultados en TLP que otros más breves (Davidson & Tran, 2014; Forum de Salud Mental y Agència d'informació, 2011; Grenyer, Ng, Townsend, & Rao, 2017; Lenzenweger & Castro, 2005; Lind et al., 2019; Paris, 2013; Probst et al., 2019; Zanarini, 2009). Es más, las terapias de menor duración parecen ahorrar recursos sanitarios sin perjudicar la durabilidad de resultados (Laporte, Paris, Bergevin, Fraser, & Cardin, 2018), siempre que estén estructuradas (Cristea et al., 2017; Choi-Klain, 2017; Padilla Torres, Martín, Espín Jaime, & Jiménez Arriero, 2017). Algunas de las opciones psicoterapéuticas no específicas para TLP son la terapia cognitivo conductual (Beck & Freeman, 1995), el Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS; Blum et al., 2008), el entrenamiento en regulación emocional en grupo (adaptación del STEPPS para adolescentes) (ERG; Hervás Torres, 2006), Terapia Cognitivo Analítica (CAT; Ryle & Ryle, 2005), structured clinical management (SCM; Bateman & Fonagy, 2009a), general psychiatric management (GPM; Bernanke & McCommon, 2018),

terapias comunitarias impartidas por terapeutas experimentados (CTBE; Jørgensen et al., 2013), terapia cognitiva asistida con un manual (Weinberg, Gunderson, Hennen, & Cutter, 2006), terapia centrada en el cliente (CCT; Turner, 2000), protocolos unificados para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales (Barlow & Farchione, 2017; Sauer-Zavala, Bentley, & Wilner, 2016), *Staying Connected when Emotions Run High* (Bailey & Grenyer, 2015), el innovador Helping Young People Early (HYPE; Chanen, 2011; Chanen et al., 2009), un programa de terapia cognitivo analítica para la intervención precoz con adolescentes en riesgo de cristalización del TLP o incluso terapia de apoyo en formato grupal, impartida sistemáticamente (Clarkin et al., 2007) o por parte de profesionales experimentados (Jørgensen et al., 2013). Todos estos tratamientos cuentan al menos con un ensayo clínico que constata una eficacia aceptable (Chanen, 2015; Clarkin et al., 2007; Cristea et al., 2017; De Groot et al., 2008; Lana et al., 2015; Livesley, 2012b; Oud et al., 2018; Stoffers et al., 2012; Wampold et al., 1997; Wilberg et al., 1999; Zannarini, 2009), en algunos casos bastante similar a la de las terapias específicas (Clarkin et al., 2007; Jørgensen et al., 2013; McMMain et al., 2012). Cuando se han comparado los efectos de una psicoterapia específica, como TDC, MBT o TFP con el tratamiento habitual (TAU), los primeros han obtenido mejores resultados que los segundos en cuanto a conductas suicidas, severidad de síntomas TLP y conductas parasuicidas, en ese orden (Choi-Kain et al., 2017). También STEPPS ha demostrado superioridad de resultados frente al TAU en cuanto a síntomas de TLP (N=164, Blum et al.; 2008, N= 79, Bos et al., 2010). Cuando se compararon algunas terapias específicas con tratamientos comunitarios impartidos por expertos, también los primeros lograban una mayor reducción de la severidad de la sintomatología TLP (tamaño moderado), pero en las conductas suicidas y parasuicidas no se hallaron diferencias [MBT *versus* CTBE (N=54) Jørgensen et al., 2013; TDC *versus* CTBE (N=101), Linehan et al., 2006]. Sin embargo, al comparar distintas

psicoterapias específicas [TFP *versus* TDC (N=62) Clarkin et al., 2007; TFP *versus* ST (N=86) Giesen-Bloo et al., 2006], los resultados fueron prácticamente equivalentes. También se obtuvieron escasas diferencias cuando las psicoterapias específicas se compararon con psicoterapias inespecíficas, pero estructuradas y aplicadas sistemáticamente [MBT *versus* SCM (N=134) Bateman & Fonagy, 2009a; TFP y TDC *versus* supportive therapy (N=62) Clarkin et al., 2007; TDC *versus* GPM (N=180) McMain et al., 2009; TDC *versus* CCT (N=24) Turner, 2000]. Algunas terapias específicas, como la TDC, aplicadas en formato reducido (de 5 a 6 meses), han alcanzado resultados similares a los de su versión standard (por lo menos 1 año) [McMain et al., 2017 (N=84); Stanley et al., 2007]. Cuando no es posible aplicar ninguno de los tratamientos anteriores, el TAU puede ser un recurso adecuado (Finch, Iliakis, Masland, & Choi-Kain, 2019). Además, hay disponibilidad de programas psicoeducativos simples que permiten informar al paciente sobre su trastorno y entrenarlo en habilidades para su manejo por vía internet (Wetterborg, 2018) o con asistencia presencial durante solo 10 semanas (Charbon, Kramer, Droz, & Kolly, 2019; Donald & Potter, 2019). Es más, se ha visto que incluso una sola sesión psicoeducativa puede ser beneficiosa para estos pacientes (Zanarini & Frankenburg, 2008).

Puesto que ni los tratamientos ya existentes ni las múltiples psicoterapias que han surgido en los últimos años han incrementado la eficacia de las intervenciones psicológicas (McNally, 2007), se reclama que las instituciones públicas de salud contemplen nuevas y más breves fórmulas para el tratamiento del TLP en las que se tengan en cuenta los últimos avances sobre investigación (Andalucía, 2012; De Groot, Verheul, & Trijsburg, 2008; Lana et al., 2015; Livesley, 2012a; Zanarini, 2009) y también los factores comunes a distintas terapias específicas (Beatson, 2019; Chanen, 2015; Lana et al., 2015; Lenzenweger & Castro, 2005; Livesley, 2012a; Wnuk et al., 2013; Zanarini, 2009), siendo prioritaria su aplicación en el crítico periodo de la

adolescencia (Biskin, 2013). Los objetivos de cualquier psicoterapia son: reducir o eliminar la conducta suicida (Linehan, 1993a), aprender estrategias para tolerar la frustración y regular emociones (Farstad, McGeown, & von Ranson, 2016), desarrollar algún tipo de actividad útil y facilitar el sueño (Johnston, 2018).

Existen, por último, programas psicoeducativos específicamente dirigidos a familiares y amigos de pacientes con TLP que, en los estadios iniciales del trastorno, llegan a soportar un nivel de estrés superior al experimentado por amigos y familiares de jóvenes con otras enfermedades graves como el cáncer (Seigerman et al., 2020). Entre los programas más conocidos de este tipo se encuentra el de Conexiones Familiares (Hoffman et al., 2005; Hoffman, Fruzzetti, & Buteau, 2007), centrado en el aprendizaje de estrategias útiles (para ellos mismos y para recordárselas al paciente) que les permitan reducir su malestar, evitar ciertas reacciones y fortalecer la capacidad de afrontamiento en los momentos de crisis (Larrivé, 2013; Miller, Rathus, & Linehan, 2007). Abordar grupalmente a los cuidadores del paciente TLP y priorizar su bienestar tiene un impacto muy positivo para ellos, incluso cuando el grupo es llevado por otros familiares con un buen manejo práctico de estrategias, según un reciente estudio preliminar (Martin, Holz, Woodward, & Cameron, 2020). A continuación, se describen las características de las principales psicoterapias específicas e inespecíficas que existen para tratar TLP.

Terapia Dialéctico Conductual (TDC)

La Terapia Dialéctico Conductual o TDC (M.M. Linehan, 1993a, 1993b) es una versión modificada de la terapia cognitivo-conductual, con aportaciones de la filosofía dialéctica y de la práctica zen. Desde esta teoría, la génesis del TLP se produce en individuos altamente sensibles sometidos a un entorno invalidante, en el que las

personas que les rodean (familia, colegio, trabajo) no perciben, no entienden, no responden de forma adecuada o incluso castigan sus necesidades y, como consecuencia, no desarrollan la habilidad para regular sus propias emociones. Actualmente, es la psicoterapia mejor establecida y más extendida en el tratamiento del TLP, con más de 14 ensayos clínicos que avalan su eficacia (Kliem, Kröger, & Kosfelder, 2010; Linehan et al., 2006; Oud et al., 2018; Panos, Jackson, Hasan, & Panos, 2014; Soler et al., 2005, 2009; Stepp, Epler, Jahng, & Trull, 2008). El programa TDC prioriza la reducción de la conducta autolesiva y/o suicida y, posteriormente, capacita al individuo para la regulación emocional y las relaciones sociales a través de 4 componentes terapéuticos principales: sesiones individuales, entrenamiento grupal semanal (*mindfulness*, eficacia interpersonal, tolerancia de malestar y regulación emocional), *coaching* telefónico a demanda y reuniones entre profesionales. En su conjunto, esto supone un mínimo de 4 horas de terapia a la semana, lo que junto con la larga duración del programa (32 semanas + seguimiento) y la complejidad de la formación que requieren los profesionales que quieran impartirla, genera controversia (Choi- Klain et al., 2016), sobre todo porque se ha visto que muchos pacientes mejoran sin necesidad de aplicar el programa completo, aunque esto reduzca parcialmente su eficacia (Linehan et al., 2015). Así pues, han proliferado numerosas adaptaciones de la TDC: con entrenamiento en habilidades (Linehan et al., 2015), TDC para adolescentes (Meaney-Tavares & Hasking, 2013; Rathus & Miller, 2002), TDC para abuso de sustancias (Lee, Cameron, & Jenner, 2015), TDC para trastornos de la conducta alimentaria (Kröger et al., 2010), TDC para el trastorno de estrés postraumático (Barnicot & Priebe, 2013) o TDC con entrenamiento en habilidades para la familia (TDC- FST; Fruzzetti, Santisteban, & Hoffman, 2007).

Terapia basada en la Mentalización (TBM)

La Terapia basada en la Mentalización o TBM (Bateman & Fonagy, 2009a) adopta un enfoque psicodinámico, enraizado en el sistema de apego, para entender la difusión del estado mental de uno mismo y del otro como base del desarrollo del TLP; para algunos autores, todas las terapias para TLP deberían incluir este tipo de enfoque (Byrne & Egan, 2018). El bajo umbral de activación que presentan los pacientes con apego de tipo inseguro o desorganizado, reduciría su capacidad para mentalizar y daría lugar a malinterpretaciones, contagio de los estados mentales ajenos y la desesperada necesidad de recibir muestras de afecto. Esto guardaría relación con una dificultad para diferenciar los pensamientos, sentimientos, deseos e intenciones propias de las de los demás. Desde este enfoque, las técnicas o explicaciones en sí mismas no serían tan importantes como la habilidad mentalizadora que se genera en la relación terapeuta-paciente: una relación terapéutica cálida, empática y validante dentro de un contexto seguro y flexible, capacitaría al paciente para pensar y expresarse adecuadamente en posteriores situaciones de estrés relacional (Bateman & Fonagy, 2006). El programa incluye sesiones individuales (el terapeuta debe mostrar más curiosidad por el estado del paciente que conocimiento), grupales, psicodrama y sesiones comunitarias. Según distintas revisiones sistemáticas, la TBM es el tipo de abordaje que, después de la TDC, cuenta con un mayor número de estudios que avalan su eficacia (Cristea et al., 2017; Kvarstein et al., 2019; Lana, 2013; Paris, 2010a): ha demostrado reducir la gravedad de los síntomas TLP así como la tasa de suicidio, el uso de servicios sanitarios y de medicación y la funcionalidad global de los pacientes (Bateman & Fonagy, 2008; Brüne, Dimaggio, & Edel, 2013; Fonagy & Luyten, 2009). Existen adaptaciones también de la Terapia basada en la Mentalización (Prada et al., 2019; Rossouw & Fonagy, 2012).

Terapia de Esquemas (TE)

La Terapia de Esquemas es de enfoque cognitivo (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), y alude a una relación causal entre las primeras experiencias negativas de la infancia y las creencias erróneas sobre uno mismo como explicación del TLP. Este tipo de abordaje se focaliza en generar cambios en la estructura de la personalidad del paciente a partir de las dificultades naturales de cualquier situación cotidiana, sirviéndose de la relación terapéutica y de algunas experiencias traumáticas del pasado, para moderar sus reacciones y mejorar la relación con los demás. El uso de técnicas emocionales propias de esta terapia (por ejemplo: metáforas, meditación o *role-playings*) ayuda al paciente a liberar viejos esquemas disfuncionales y a sustituirlos por cogniciones, emociones y comportamientos más sanos que le permiten funcionar mejor. Las sesiones son habitualmente individuales (aunque existe un manual para poder aplicarlas de manera grupal) y tienen lugar una o dos veces por semana, siendo premisa que el paciente reciba apoyo entre sesiones por parte del terapeuta en caso de crisis o desestabilización emocional (Arntz & van Genderen, 2009). La TE ha demostrado mejorar la sintomatología TLP, la funcionalidad cotidiana y la calidad de vida de los pacientes (Sempértégui, Karreman, Arntz, & Bekker, 2013); los cambios se mantienen después de un año de seguimiento (Giesen-Bloo et al., 2006), pero el número de estudios sobre la eficacia de este enfoque terapéutico sigue siendo escaso (Kellogg & Young, 2006; Nadort et al., 2009).

Terapia focalizada en la Transferencia (TFP)

La Terapia focalizada en la Transferencia o TFP (Yeomans, 2004) emplea diferentes conceptos y técnicas psicodinámicas que han sido modificadas y organizadas dentro de un enfoque sistemático para abordar el TLP y otros trastornos de la personalidad de forma específica. Desde este enfoque, la falta de coherencia entre la experiencia individual y el entendimiento de uno mismo respecto a los demás, provocaría intensidad emocional, mecanismos de defensa primitivos y agresividad hacia uno mismo y hacia otros (síntomas todos ellos propios del TLP), lo que impediría que la identidad se definiera. Durante el tratamiento (generalmente dentro del ámbito privado), surgen situaciones naturales (o el terapeuta las provoca) que incitan emociones negativas e intensas en el paciente. El terapeuta clarifica, confronta e interpreta lo ocurrido dentro de un entorno acogedor y auténtico que activa en el paciente un proceso de interacción y escucha emocional que favorece el moldeamiento interaccional y la visión que tienen los pacientes de sí mismos. Las sesiones son cara a cara y tienen lugar dos veces por semana, pero no se ofrece intervención grupal, familiar o manejo de casos y es menos intensiva que las anteriores. La TFP aumenta la capacidad de mentalización a través de un buen vínculo terapéutico y mantiene buenos resultados sobre los síntomas de TLP según la mayoría de estudios publicados (Clarkin et al., 2007; Doering et al., 2010; Levy et al., 2006; Yeomans, Levy, & Caligor, 2013), aunque en alguno de ellos no superó los resultados del grupo de comparación (Giesen-Bloo et al., 2006). Como ocurre con las demás psicoterapias específicas, esta también cuenta con una adaptación para adolescentes (Foelsch, Odom, & Kernberg, 2008).

Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS)

El entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas o STEPPS (Blum et al., 2008) es un programa de orientación cognitivo-comportamental que, pese a no representar un tratamiento completo, su uso concomitante con otras psicoterapias para el abordaje del TLP está muy extendido, debido a su manualización, brevedad y adaptabilidad para distintos tipos de pacientes TLP (García López et al., 2010). Su programa consta de 2 fases: en la primera se entrena una serie de Habilidades básicas (Distanciamiento, Comunicación, Reto, Distracción, Afrontamiento de problemas, Establecimiento de Metas, Alimentación, Sueño, Ejercicio físico, Ocio, etc) y en la segunda fase se refuerza y profundiza en el trabajo previo. El objetivo es educar a distintos miembros de la familia, allegados y a los propios terapeutas sobre cómo guiar e interactuar con el paciente TLP. El formato de terapia es exclusivamente grupal, pero se recomienda asociar sesiones individuales o medicación (Chambless et al., 1998). El programa STEPPS disminuye la conducta parasuicida (Black et al., 2009; Gratz, Lacroce, & Gunderson, 2006) y mejora el funcionamiento global del paciente en cuanto a sintomatología conductual y afectiva y visitas a urgencias (Gratz et al., 2006). Los resultados para esta terapia son razonablemente buenos, pero no superiores a los del grupo control (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018).

Pese a la amplia oferta terapéutica que existe para tratar el TLP, la propia naturaleza del trastorno dificulta su abordaje (Krawitz & Watson, 1999; Lana, Gonzales, Mirapeix, 2006; Stevenson, Meares, & D'Angelo, 2005). Los principales obstáculos a la hora de intervenir con estos pacientes son la heterogeneidad de síntomas (Hummelen, Wilberg, & Karterud, 2007; Johansen, Karterud, Pedersen, Gude, & Falkum, 2004), su continua aparición-desaparición (Meaney et al., 2016), la comorbilidad con otras psicopatologías (Zimmerman et al., 2012), la variabilidad en el tipo de demandas (Zanarini, 2004) y el difícil trato personal que caracteriza a estos pacientes, causante de

rechazo entre los profesionales (Blay, 1996). El paciente con TLP da la impresión de estar siempre en crisis y de no recuperarse nunca, pues es exclusivamente en estos momentos cuando suele pedir ayuda: autolesiones, conducta suicida e impulsividad en general (Aviram, Brodsky, & Stanley, 2006; Kealy & Ogrodniczuk, 2010). Esto, junto con todo lo anterior, justifica en gran parte el estigma que rodea a estos pacientes en los servicios de salud mental (Bodner et al., 2015; Kaess et al., 2014b; Zaheer et al., 2008). Por si fuera poco, el 40% de los pacientes con TLP que solicitan tratamiento no llegan a iniciarlo o no les funciona (Lana, 2013), entre un 24 -58% lo abandona (Landes, Chalker, & Comtois, 2016) y el 70% lo incumple (Rubio y Pérez, 2003).

No obstante, existen también indicadores de éxito en el tratamiento; algunos son relativos al paciente, como el nivel de deterioro en el funcionamiento global (a menor deterioro, mejor pronóstico) (Chiesa & Fonagy, 2007), la severidad de síntomas (a mayor severidad inicial de síntomas, mejores resultados) (Barnicot et al., 2012), tener un cociente intelectual alto (Stone, 1990), la ausencia de rasgos narcisistas (Plakun, 1991) o que las expectativas respecto a la terapia sean positivas (Jacobson & Baucom, 1977). Otros factores se relacionan con el tratamiento, por ejemplo, la disponibilidad de un espacio individual y seguro que facilite la comprensión de limitaciones y fortalezas del paciente (Fineberg, Hu, J., Null, Neustdter, Sakheim, & Corlett, 2019), las características personales del terapeuta (Beutler, Someah, Kimpara, & Miller, 2016; Crits-Christoph & Mintz, 1991; Jørgensen et al., 2013; Torres, Padilla; Martínez Martín, Espin Jaime & Jiménez Arriero, 2017), como su capacidad para conectar con el paciente y alcanzar una buena alianza terapéutica (Barnicot et al., 2012; Horvath, Del Re, Flückiger, & Symonds, 2011; Stringer, van Meijel, Koekkoek, Kerkhof, & Beekman, 2011) y que la aplicación del tratamiento sea fidelizada a partir de un manual (Durlak & DuPre, 2008). El fomento de hábitos saludables desde una edad temprana y la

implicación familiar en el proceso terapéutico (Wolk, Kendall, & Beidas, 2015), también favorecen la obtención de buenos resultados en psicoterapia (Biskin, Paris, Renaud, Raz, & Zerkowitz, 2011; Chanen, 2015; Miller et al., 2008; Rubio y Pérez, 2003), mientras que la falta de rutinas sanas, dificulta la recuperación psicosocial del paciente TLP (Frankenburg & Zanarini, 2011; Keuroghlian, Frankenburg, & Zanarini, 2013).

Parece que la mejor fórmula en psicoterapia es la combinación de sesiones grupales, individuales y familiares y, si existe riesgo suicida, aumentar el número de sesiones individuales y/o hacer llamadas telefónicas entre las citas (Valentine, Bankoff, Poulin, Reidler, & Pantalone, 2015). Según algunos autores, la hospitalización de un paciente con TLP podría ocasionar más daño que beneficio (Linehan, 1993a; Paris, 2004) pero, si en algún momento fuera necesario un ingreso hospitalario, este debería ser solo parcial (Excellence, 2009; Forum de Salud Mental y Agència d'informació, 2011) y lo más breve posible (American Psychiatric Association, 2001; Krawitz & Watson, 1999). John G Gunderson (2002) propone un esquema asistencial básico, estructurado en cuatro niveles según el nivel de gravedad del trastorno de personalidad: I) Tratamiento ambulatorio; II) Tratamiento ambulatorio intensivo (3-6 horas/semana); III) Hospitalización parcial (hospital de día) (5-8 horas/día) y IV) Hospitalización completa (24 horas/día). Por tanto, para reducir la severidad de síntomas y mejorar la funcionalidad en jóvenes y adolescentes TLP, es recomendable aplicar un programa estructurado, ambulatorio, precoz, específico, intensivo (Beutler et al., 2016; Jørgensen et al., 2013; Stringer et al., 2011; Torres, Padilla; Martínez Martín, Espin Jaime, & Jiménez Arriero, 2017), escalonado (Paris, 2017) y no prolongado en el tiempo (Brickell, 2018). Pero ofrecer un abordaje como el que se acaba de describir, de manera planificada y coordinada, es inviable dentro de la red sanitaria mientras no se disponga

de un programa dirigido a los pacientes que muestran los primeros síntomas de TLP (Excellence, 2009; Forum de Salud Mental y Agència d'informació, 2011).

2.3. Terapia Icónica

La Terapia Icónica es un tipo de intervención psicológica de enfoque integrador, dirigida a personas altamente sensibles y/o emocionalmente inestables que, en casos severos, pueden alcanzar un diagnóstico de TLP. Esta terapia aporta su propio modelo explicativo sobre los factores y procesos que subyacen a la conducta inestable (justificado desde los manuales DSM-IV-TR y DSM-5) y ofrece además un modelo transdiagnóstico para intervenir sobre la disregulación emocional y el desajuste social de las personas inestables y de sus familias. Para ello utiliza una serie de principios terapéuticos procedentes de diferentes enfoques teóricos, mayormente la TDC (validación y aceptación de la persona como motor de cambio, con disponibilidad del terapeuta en caso de crisis) y STEPPS (psicoeducación, tratamiento en dos fases y uso de un lenguaje común), aunque también pueden reconocerse elementos de otras psicoterapias como la basada en Mentalización (*insight* para la desactivación de respuestas problemáticas), Esquemas (sustitución de viejos patrones de pensamiento por imágenes y metáforas que suscitan creencias, emociones y conductas adaptativas), focalizada en la Transferencia (análisis de situaciones difíciles que surgen en el contexto de la terapia y despiertan la agresividad del paciente) y matices de orientaciones más generalistas como la Sistémica (implicación familiar), Cognitivista (razonamiento socrático y distanciamiento emocional), Humanista (recuperación de recursos naturales para sanar) o Gestalt (“aquí y ahora” como estilo de vida). Tales principios no son antagónicos y se encuentran integrados y representados en imágenes (o iconos) dentro del modelo de Terapia Icónica, de ahí su denominación. El hilo conductor de este tipo de abordaje consiste en recuperar la capacidad de pensamiento reflexivo y consciente

del paciente a partir del simbolismo de los iconos, imágenes emocionalmente neutras que ayudan al paciente a comprender, aceptar y resolver dificultades del día a día por la sencillez de los conceptos que representan. Como requisito para que esto ocurra, el profesional debe guiar y acompañar al paciente, mediante el uso de razonamiento socrático, desde la imagen aséptica hasta una conclusión sobre el mejor modo de resolver cada problema. Además de esto, la relación terapéutica debe ser cálida, empática y adaptada al ritmo de cada paciente, pues solo en un contexto de seguridad y aceptación será este capaz de abstraerse de los iconos y conectar con experiencias negativas previas. La conexión con uno mismo y con los demás parecen ser clave para reducir la sensación de vacío, tan propia del paciente con TLP (Miller, Townsend, Day, & Grenyer, 2020). Las principales similitudes y diferencias entre Terapia Icónica, TDC, STEPPS y otras terapias integrativas pueden verse en la Tabla 4.

Tabla 4 Principales similitudes y diferencias entre TDC, STEPPS, Terapia Icónica y otras terapias integrativas

CARACTERÍSTICAS de cada terapia	TDC	STEPPS	TERAPIA ICÓNICA	OTRAS TERAPIAS INTEGRATIVAS
Enfoque teórico	CONDUCTUAL (+ filosofía dialéctica + práctica Zen)	COGNITIVO-CONDUCTUAL	INTEGRADA (base cognitivo- conductual)	Inespecífico
Contenido de las sesiones	Psicoeducación ++ Principios terapéuticos (<i>Insight</i> , Validación, Autoeficacia)	Psicoeducación ++ Principios terapéuticos (<i>Insight</i> , Validación, Autoeficacia)	Psicoeducación ++ Principios terapéuticos (<i>Insight</i> , Validación, Autoeficacia)	Psicoeducación +++ Enfoque interpersonal (Apoyo, Vínculo)
Manual de terapia	Poco estructurado	Bastante estructurado	Altamente estructurado	Estructuración variable
Formato sesiones	Individual, grupal, familiar	Grupal (recomendable también individual)	Individual, grupal, multifamiliar	Individual y familiar (recomendable también grupal)
Duración del programa	Larga (8 meses + seguimiento)	Media (20 semanas +1 año de seguimiento)	Corta (20-24 semanas + 3 sesiones seguimiento)	Corta (variable)
Nivel de Especialización	Alta	Alta	Media	Baja
Grado de recomendación	B (Recomendable) A (Muy recomendable para mujeres con intento suicidio repetido)	C (Ni recomendable ni desaconsejable)	D (Evidencia insuficiente)	Variable (máximo C)

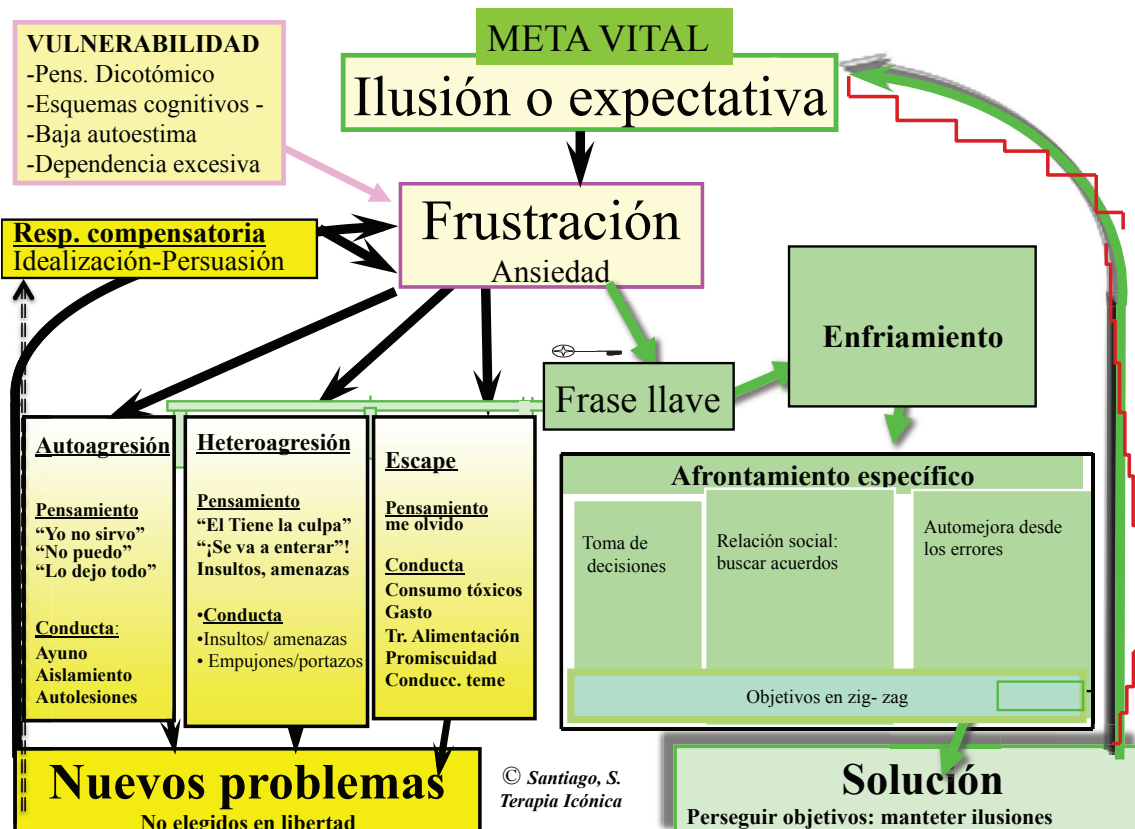
La Terapia Icónica consta de dos elementos básicos: el modelo integrado o “mapa” como eje central del tratamiento y 35 iconos, que se articulan en torno al mismo. El modelo integrado o “mapa” está subdividido en dos modelos o circuitos funcionales representados en colores diferentes:

1. Modelo explicativo de la conducta inestable o “circuito amarillo”, que representa la hipótesis de funcionamiento de las conductas inadaptadas (etiología, factores y mecanismos que lo mantienen).
2. Modelo terapéutico o “circuito verde”, que contiene los principios y técnicas que ayudan al paciente a regular sus emociones, encontrar soluciones y dirigirse hacia una meta vital.

A la unión de ambos modelos o circuitos mediante una flecha se le llama “mapa” de Terapia Icónica (el nombre de “mapa” es la denominación que dieron los propios pacientes

al modelo integrado), porque notaban que podían ubicarse en el y dirigirse desde las conductas inadaptadas (modelo explicativo) hacia las estrategias de afrontamiento y la meta vital (modelo terapéutico), siguiendo las flechas que guían el proceso terapéutico (Ver Figura 1).

Figura 1



Modelo integrado o “mapa” de Terapia Icónica (modelo explicativo + modelo terapéutico)

Nota aclaratoria. El “mapa” de Terapia Icónica incluye el modelo explicativo de la conducta inestable (circuito amarillo, en su parte izquierda) y el modelo terapéutico (circuito verde, en la parte derecha). La unión de ambos modelos a través de la “frase llave” y el “enfriamiento”, guían al paciente desde las conductas desadaptativas hacia la solución del problema y la meta vital. Los aspectos de vulnerabilidad (recuadros en rosa y amarillo: centro y esquina superior izquierda del “mapa”) aportan información complementaria sobre los rasgos de personalidad que subyacen a las conductas inestables

Además del circuito amarillo y el circuito verde, el “mapa” recoge una serie de aspectos de vulnerabilidad (pensamiento dicotómico, esquemas cognitivos negativos, baja autoestima, dependencia excesiva, baja tolerancia a la frustración y ansiedad) que favorecen o mantienen la perpetuación de conductas inestables, como puede verse en las casillas con el reborde rosa que aparecen en la Figura 1. Estos aspectos se trabajan con

el resto de los iconos de la terapia, considerados adyacentes al “mapa” y de los que hablaremos a continuación. El “mapa” se convierte así en un lugar de referencia visual que el paciente termina interiorizando y usando para desplazarse voluntariamente sin perder la perspectiva sobre sí mismo o para reencontrarse cada vez que se desestabiliza y retrocede hacia el circuito amarillo. Según ellos mismos refieren, la terapia les ayuda a tomar distancia respecto a sí mismos, a sentir cierto control sobre sus emociones y a conectar espontáneamente con historias y recuerdos de su pasado, que cobran un mayor sentido y se toleran mejor. Esto suele resultar en conductas más adaptativas, además de conferir al paciente una sensación de autoeficacia que interrumpe/sustituye la automaticidad de la historia previa de frustración, impulsividad, nuevos problemas y más frustración que caracteriza al paciente TLP (Crowell et al., 2009). En el Cuadro 1 se describen diferentes opciones de desplazamiento sobre el “mapa”.

Cuadro 1 *Posibilidades de desplazamiento sobre el “mapa de la Terapia Icónica”*

Desde el modelo explicativo de la conducta inestable, la frustración implica entrar en el circuito amarillo. Según las características de personalidad, existirían tres opciones de desplazamiento sobre el “mapa”:

a) Rumiarse sobre los pensamientos negativos, lo que disregularía y dispararía la aparición de síntomas clínicos:

Rumiación > Disregulación > Impulsividad > Nuevos Problemas > Mayor frustración > Más rumiación >...

b) Recurrir a las respuestas compensatorias (idealizar logros, negar la realidad o manipular a las personas de su entorno), que temporalmente ayudarían a regular emociones, pero a la larga llevarían de vuelta al bucle desadaptativo del que se intentaba salir.

c) Pasar al modelo terapéutico (circuito verde) y seguir el siguiente proceso:

- Usar técnicas preparatorias que reduzcan la alteración emocional:

- Buscar una cognición resiliente (frase llave) que ayude a detener rumiación y a cambiar de actitud
- Seguidamente, usar el distanciamiento emocional (enfriamiento) para tranquilizarse

- Escoger la estrategia de afrontamiento específico que mejor se adapte al problema:

- Tomar decisiones (cuatro caminos)
- Llegar a un acuerdo (traductor-grano)
- Aprender desde los errores (teléfono)

- Avanzar con constancia hasta el logro:

- Usar la técnica “Zig-Zag”, que permite aceptar los inevitables retrocesos que implica todo progreso
- Evitar caer en el “Ahora Ya” impulsivo de lograr metas demasiado altas o poco realistas, que llevaría de vuelta al bucle Rumiación > Disregulación > Impulsividad > Nuevos problemas > Mayor frustración >...

2.3.1. Origen y justificación teórica

La Terapia Icónica surge de la práctica clínica en el Centro Asistencial San Juan de Dios de Málaga. En la década de los 90, el número de ingresos hospitalarios por inestabilidad emocional grave aumentaba y la psicóloga Soledad Santiago López, trabajadora del centro y creadora de la terapia, notaba que los pacientes asimilaban mal las sesiones y que su evolución era lenta. En el intento de entender lo que ocurría, Soledad empezó a relacionar las conductas inestables de sus pacientes (autolesiones, peleas familiares, atracones de comida, ...etc) con los aspectos de vulnerabilidad que las precipitaban (pensamiento dicotómico, baja autoestima, frustración...etc) y las consecuencias que acarreaban: cada historial contenía el correspondiente análisis funcional de la conducta inestable de ese paciente. Constaban allí también los principios o técnicas psicológicas que, en cada caso, mejor parecían ayudar a regular emociones y a afrontar dificultades, algunas de ellas ampliamente conocidas en Psicología, como la frase clave de Gendlin (1969), la resolución de problemas de D’Zurilla & Goldfried (1971) o habilidades/competencias sociales adaptadas para personas con inestabilidad emocional y otras eran aportaciones propias de la creadora de la terapia, como la técnica del aprendizaje desde los errores (icono del teléfono) o el icono del “Zig zag” versus “Ahora ya” que eran (Ver Cuadro 1 en su último punto). Como se dijo en el apartado anterior, del repaso exhaustivo e integración de las hipótesis funcionales y las principales intervenciones terapéuticas utilizadas en distintos pacientes, surgiría la base del actual “mapa” de Terapia Icónica.

Además del “mapa” de Terapia Icónica, Soledad utilizaba otra serie de imágenes (iconos) para facilitar el procesamiento y asimilación del “mapa” y del día a día en general. Los iconos son un número determinado de imágenes (por ejemplo, un río, una torre de libros, un abanico, ...) que simbolizan diversos aspectos emocionales y relacionales problemáticos en la vida cotidiana del paciente TLP (por ejemplo, el

desbordamiento emocional, la responsabilidad individual en las interacciones sociales, las múltiples maneras de lograr un mismo objetivo sin frustrarse, ...) y le dan acceso a una mejor comprensión global de sí mismo, de los demás y del mundo. La clave del uso de los iconos es el paralelismo existente entre el uso o función concreta del objeto en cuestión y una visión mucho más compleja y abstracta del concepto que representa: la posibilidad de extrapolar un sencillo razonamiento lineal a una situación cotidiana equivalente pero mucho más compleja, facilita su entendimiento y reconceptualización y alivia buena parte del sufrimiento del paciente. Desde aproximadamente el año 1998 hasta el 2003, Soledad estuvo ideando iconos nuevos o bien reutilizándolos, si constataba movilización emocional y cognitiva en sus pacientes. La sorpresa surgió cuando un usuario, que había recibido el alta hospitalaria 5 años atrás, volvía a acudir al centro afirmando que algunos de los iconos *“se le venían a la cabeza y le ayudaban a sobrellevar los momentos de crisis”*. ¿Era posible entonces que los iconos, además de facilitar la comprensión de los problemas, tuvieran efecto terapéutico a largo plazo? La revisión sistemática y retrospectiva de numerosas historias clínicas llevó a la creadora de la terapia a recopilar un total de 72 iconos. Para determinar cuales de ellos eran mejor recordados o *“más útiles”* para la mayoría, Soledad entrevistó telefónicamente a los pacientes y a sus familiares: si el $\geq 70\%$ reconocía haberlo utilizado en alguna situación crítica o si su familiar podía identificar claramente el nombre o hacía referencia simbólica a algún icono, este era seleccionado e incluido en la terapia y si no, se descartaba: sólo 35 iconos superaron la criba. En el Cuadro 2 aparece el ejemplo desarrollado de uno de los iconos más utilizados de la terapia.

Cuadro 2 *Ejemplo de uso del icono de la mesa*

Una mesa debe contar con cuatro puntos de apoyo para que tenga equilibrio y sea estable. Con las personas ocurre algo parecido: las patas de la mesa simbolizan las distintas áreas de la vida que todo ser humano debe desarrollar para sentirse bien (relaciones sociales, afectos, sentimientos de utilidad y aficiones); el barniz que protege la mesa alude a la universal necesidad de autocuidados básicos de salud (alimentación, sueño, ejercicio físico, etc); los travesaños indican que desde cualquier pata se puede acceder a la siguiente porque todas están conectadas (las actividades de ocio pueden facilitar nuevas relaciones sociales, etc). Por último, que las patas sean sólidas (satisfacción personal) o estén huecas (sensación de vacío), dependerá del grado de implicación y del desarrollo de capacidades del paciente mientras realiza la actividad.

Paralelamente, poco después de construir el “mapa” de la terapia, su autora estuvo contrastando el modelo explicativo de la terapia con los criterios que los manuales DSM IV-TR y CIE 10 proponen para el diagnóstico de TLP. Como puede verse en la Tabla 5, existe una clara correspondencia entre los elementos del modelo explicativo (circuito amarillo) y los criterios del DSM-IV-TR para TLP (American Psychological Association, 2000)

Tabla 5 *Correspondencia entre los criterios diagnósticos del DSM-IV-TR para TLP y el modelo explicativo de la conducta inestable de Terapia Icónica*

Criterio DSM-IV- TR	Modelo explicativo de la conducta inestable
1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario.	Respuesta compensatoria: manipulación.
2. Relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.	Aspecto de vulnerabilidad implicado: pensamiento dicotómico. Respuesta compensatoria: idealización. Heteroagresión: culpabilizar a otros.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de si mismo acusado y persistentemente inestable	Aspecto de vulnerabilidad implicado: pensamiento dicotómico. Respuesta compensatoria: idealización. Autoagresión.
4. Impulsividad (gastos, trastornos sexuales, abuso de sustancias, etc)	Conductas de escape.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes. O automutilación.	Autoagresión cuando se trata de intentos suicidas. Manipulación cuando se trata de amenazas suicidas. Heteroagresión cuando la intención es hacer sentir culpable.
6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad del estado de ánimo (disforia, irritabilidad, ansiedad)	Autoagresión como reacción ante la frustración (disforia). Heteroagresión como reacción ante la frustración (irritabilidad). Aspectos de vulnerabilidad implicados: frustración y ansiedad.
7. Sentimientos crónicos de vacío	Aspectos de vulnerabilidad: bajo autoconcepto, pensamiento dicotómico, autoverbalizaciones negativas, creencias de prejuicio, dependencia.
8. Ira inapropiada e intensa difícil de controlar	Heteroagresión.
9. Ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos graves	Aspectos de vulnerabilidad implicados: bajo autoconcepto, creencias de prejuicio, frustración y ansiedad.

Además de estos síntomas, el “mapa” incluía ciertos aspectos de vulnerabilidad que justificaban el origen de la conducta inestable y que no aparecían ni se mencionaban en el DSM-IV-TR: pensamiento dicotómico (Beck & Freeman, 1995), baja tolerancia a la frustración (Millon & Davis, 1998) o esquemas cognitivos negativos (Young, Klosko, & Weishaar, 2003), una limitación que arrastraba el manual no solo en el TLP sino en la mayoría de categorías diagnósticas. Años después, el DSM-5 empezaría a recoger algunos de estos aspectos de vulnerabilidad en la descripción del TLP como trastorno, pero aun sin agruparlos como categoría diferenciada ni separarlos claramente de las conductas inestables. Otra aportación del DSM-5 fue reconocer los déficits en la funcionalidad de los pacientes, si bien no establece hipótesis alguna sobre su génesis ni sobre el mecanismo de perpetuación del problema, como se hace desde Terapia Icónica.

La integración de distintos aspectos de vulnerabilidad en el modelo explicativo, la hipótesis de funcionamiento circular de la conducta inestable y la variedad de estrategias para regular emociones y afrontar los problemas dan continuidad y dotan de gran interés clínico (y probablemente también diagnóstico) al “mapa” de Terapia Icónica.

Es asimismo posible justificar la Terapia Icónica desde la Teoría Polivagal de Porges (1997), que defiende que el sistema nervioso autónomo emite tres patrones de respuesta para proteger la vida:

1. Conexión social cuando el entorno se percibe como seguro (nervio ventro vagal)
2. Movilización adrenérgica si el sistema nervioso neurocepta peligro o amenaza (sistema simpático)
3. Apagamiento e inmovilización cuando existe amenaza de muerte o indefensión (nervio dorso vagal).

Los tres patrones de respuesta propuestos desde esta teoría parecen corresponderse en gran medida con los comportamientos y actitudes que se recogen en el “mapa” de Terapia Icónica:

1. Circuito verde: autoeficacia y seguridad. El paciente cuenta con distintas técnicas de afrontamiento para moderar la influencia de los aspectos de vulnerabilidad y solucionar problemas.
2. Circuito amarillo: sensación de peligro y pérdida de control. En el intento por escapar (escape), luchar (heteroagresión) o abandonarse (autoagresión) debido a la ansiedad, se generan nuevos problemas y mayor frustración.
3. Parte inferior de la columna “autoagresión”: estado depresivo. Ante la falta mantenida de estrategias de afrontamiento eficaces, el paciente se colapsa y puede aparecer riesgo suicida.

En situaciones de peligro, nuestro sistema nervioso toma decisiones inmediatas (pero frecuentemente erróneas). Para ello usa un tipo de pensamiento rápido, automático e intuitivo (Kamin, 1969), pero la capacidad de procesar información se pierde (Vander Kolk, 2014) y sólo en los estados de calma, el pensamiento se vuelve lento y podemos hacer deliberaciones conscientes y precisas (Kahneman, 2011). Parece razonable especular que en el circuito amarillo de Terapia Icónica, las personas piensan y actúan de manera rápida y sesgada mientras que cuando vuelven al circuito verde, el procesamiento de información se ralentiza y la capacidad de reflexión mejora. Los pacientes con TLP tienen un déficit ejecutivo y de atención en la memoria de trabajo que les hace pensar de forma rápida, sin recuperar informaciones previas mientras procesan información nueva (Mcclure, Hawes, & Dadds, 2016; Winter, 2016; Zhang, 2019). No pueden por tanto entender la vida de manera realista y global, sobre todo en el contexto social debido a las distorsiones cognitivas y patrones de pensamiento disfuncionales que manejan día a día (Carpenter & Trull, 2013;

Koenigsberg et al., 2009; Lofti, Amini, Fathi, Karami, Ghiasi, 2018; Paret et al., 2017). Pero la capacidad metacognitiva del paciente TLP está intacta en los contextos percibidos como seguros (Fineberg, Hu, Null, Neustdter, Sakheim, & Corlett, 2019; Paret et al., 2017) y si se ofrece un tratamiento adecuado, la capacidad para integrar, diferenciar y dominar de la información puede llegar a mejorar, por lo que es necesario investigar en esta línea, según un reciente metanálisis (D'Abate, Delvecchio, Ciappolino, Ferro, & Brambilla, 2020). Es posible que la visualización del “mapa” de Terapia Icónica, con los tres estados emocionales (seguridad/ peligro/ indefensión) representados en colores diferentes, el simbolismo del resto de iconos adyacentes (que favorecen la evocación espontánea de la historia biográfica previa) y el contexto de una relación terapéutica cálida, faciliten la regulación emocional y mejoren la capacidad metacognitiva de estos pacientes, sobre todo teniendo en cuenta que:

- Las imágenes y los colores influyen en el estado de ánimo, incluso con tiempos de exposición muy breves (Loftus, 1991); de hecho, las imágenes promueven la creación de elementos mentales positivos (Vannucci, Pelagatti, Chiorri, & Mazzoni, 2016) y pueden llegar a mejorar los síntomas depresivos (Weßlau, Cloos, Höfling, & Steil, 2015).
- Las imágenes que van asociadas con experiencias emocionales relevantes son mejor retenidas en la memoria (Conway & Dewhurst, 1995; Walker, Skowronski, & Thompson, 2003), pues las emociones positivas favorecen tanto el aprendizaje como su posterior recuerdo (Anderson, 1978; Kosslyn, 1980; Richardson, 1978) y mejoran sorprendentemente la capacidad para hacer *insight* y acceder a vivencias pasadas, hasta el momento inaccesibles, sobre todo en pacientes con TLP (S. Martin, Del-Monte, & Graziani, 2019).

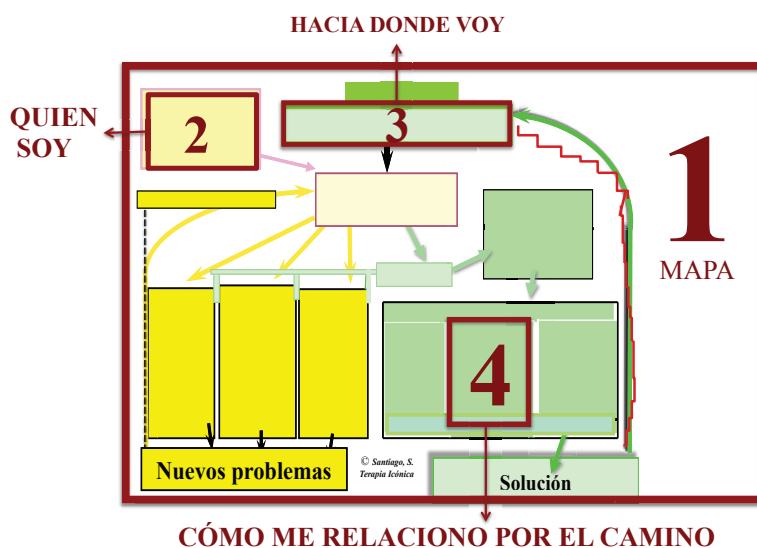
- Una emoción positiva, por breve que sea, genera efectos persistentes en el proceso de regulación autónoma (Kok et al., 2013) como consecuencia de la excitación fisiológica evocada en el sistema nervioso central (Yoto, Katsuura, Iwanaga, & Shimomura, 2007). La reevaluación positiva de una experiencia previa, puede reducir la atención a la amenaza y mejorar incluso la función cardiovascular (Jamieson, Mendes, & Nock, 2013).
- La percepción de seguridad y control sobre uno mismo y sobre las circunstancias de alrededor, podría tener un efecto modulador sobre la ansiedad en pacientes con TLP (Romero Clausell, Navarro Haro, Osma López, & García Palacios, 2017).
- Estos mecanismos implícitos que subyacen a la experiencia emocional, no lo desencadenan las palabras (Schore, 2011).
- Los recuerdos autoreferenciales fortalecen la identidad o sentido de uno mismo (Bluck & Liao, 2013; Conway, Singer, & Tagini, 2004; Neisser, 1988; Singer & Salovey, 1993), y también lo hace el *feedback* social positivo que estos pacientes puedan recibir (Korn, Rosée, Heekeren, & Roepke, 2018). Es probable que, si el paciente se conoce mejor, pueda relacionarse con mayor fluidez y recibir un *feedback* positivo que fortalezca el sentido de sí mismo (Jørgensen, 2010; Kerr et al., 2015).
- La activación y reformulación del problema mediante el uso de metáforas y la búsqueda de excepciones, parece asociarse con mejorías súbitas en la evolución del paciente, mientras que el reforzamiento positivo y la búsqueda directa de cambios y soluciones podría conllevar el efecto contrario (Schilling et al., 2020).

La justificación teórica de la Terapia Icónica desde los manuales DSM y desde la Teoría Polivagal, podría suponer la fusión del enfoque psicológico del comportamiento humano clásico y de la neurociencia cognitivo- afectiva en un solo tratamiento.

2.3.2. Modo de aplicación de la terapia

El programa se encuentra dividido en cuatro módulos: 1. Mapa de Terapia Icónica (*insight*, habilidades básicas de regulación emocional y estrategias de afrontamiento específico), 2. Quién soy (construcción de la identidad/ autoestima), 3. Hacia donde voy (búsqueda de metas para la autodirección personal) y 4. Cómo me relaciono por el camino (relaciones interpersonales: intimidad y empatía). La distribución del programa por módulos obedece a fines exclusivamente docentes, pero en la práctica cotidiana, el uso de iconos no obedece a un orden predeterminado, sino que cada persona los utiliza dependiendo del tipo de situación. Todos los iconos son independientes entre sí, pero como aluden a distintos aspectos de un mismo concepto (la inestabilidad emocional), el paciente tiende a relacionarlos en una especie de “red de iconos” que le permite interpretar y manejar situaciones complejas. El número de combinaciones de uso de los iconos es ilimitado, pudiendo cada persona elegir aquellos que le resultan más útiles en función de su temperamento y de la situación a la que se enfrenta. La ubicación de cada uno de los módulos sobre el mapa aparece en la Figura 2.

Figura 2



Correspondencia entre el número de módulo y la zona del “mapa” trabajada

La Terapia Icónica es compatible con otros enfoques terapéuticos y puede ofrecerse de manera exclusiva o como complemento del trabajo de otros profesionales. Su programa incluye 10-12 sesiones de grupo, 10-12 sesiones individuales y 4-6 multifamiliares; la duración del programa es variable según la gravedad del caso y el formato de aplicación (hospitalario o ambulatorio), pero suele oscilar entre 3 y 6 meses y un año de seguimiento. Si se compara con la mayoría de terapias dirigidas al paciente con TLP, la duración de la Terapia Icónica es breve y se aplica en dos fases:

Primera fase o fase intensiva

El formato de las **sesiones de grupo** es similar al de un seminario o taller psicoeducativo, en el que todos los asistentes/pacientes, pueden tomar apuntes y participar ante las preguntas del terapeuta (son sesiones de reflexión y diálogo sobre las estrategias de afrontamiento; si algún participante hace una pregunta demasiado específica, se le convoca para sesión individual). El entorno cálido y seguro de ayuda mutua que se genera en las sesiones de grupo facilita que los pacientes aprendan nuevas habilidades. El terapeuta sigue el orden del programa y representa entre 3 y 5 iconos por sesión, aunque el ritmo puede variarse según las características o demandas del grupo. Al final de cada sesión, se entrega un folio que resume los contenidos vistos en ese día. En las **sesiones individuales**, el terapeuta guía al paciente para que seleccione por sí mismo los iconos que mejor se adaptan a cada situación particular y los generalice a otras situaciones de su vida cotidiana, además de validar sus emociones negativas y ayudarlo a rescatar recursos personales (cognitivos, emocionales y conductuales) que fomenten su autoeficacia. Por último, las **sesiones familiares y/o multifamiliares** del programa no son obligatorias, pero sí recomendables para que los más allegados aprendan a pedir/ dar ayuda y eviten (en lo posible) tener que ir a urgencias durante las crisis. Todas las sesiones duran 60 minutos, en cualquiera de sus formatos. El mayor

indicador de éxito de la terapia es que los pacientes narren sucesos de su vida entremezclando los iconos con naturalidad.

Segunda fase o fase de seguimiento

Una vez finalizada la primera fase, tiene lugar el seguimiento. Su duración es de aproximadamente un año. Durante este periodo, suelen ofrecerse 3-6 sesiones individuales de recuerdo. Inicialmente las sesiones son más frecuentes, pero paulatinamente y a medida que se afianzan los iconos, se van distanciando hasta que se produce el alta. Durante esta fase, se refuerzan los logros, se supervisan los iconos que está usando, cómo los usa y qué resultados está obteniendo. Cuando se detecta alguna dificultad se revisa, se perfecciona y se trabaja la prevención de recaídas.

El programa de Terapia Icónica puede impartirse por cualquier profesional con un nivel de formación medio y con ayuda del manual estructurado (pendiente de publicación), por lo que su implementación en la práctica clínica es bastante factible. Hay profesionales en diferentes localidades españolas, sudamericanas y otros países extranjeros con terapeutas bilingües que aplican la Terapia Icónica basándose en los contenidos de un libro que recoge algunas técnicas, aunque no incluye el programa completo (Santiago, 2013).

2.3.3. Estudios preliminares

La Terapia Icónica se ha testado en algunos estudios preliminares con resultados más que esperanzadores, aunque las muestras siempre han sido pequeñas. El primer estudio piloto tuvo lugar sobre 12 pacientes (10 mujeres y 2 hombres) con diagnóstico de TLP, que se encontraban ingresados en el mismo hospital psiquiátrico en que surge la terapia; los resultados hablaron de una mejora significativa en cuanto al nivel de conductas desadaptativas (ideación/ conducta autoagresiva, heteroagresiva y de escape) y una mayor capacidad de adaptación global (a nivel familiar, laboral y social) que se mantuvo durante al menos dos años después. Las conductas desadaptativas se midieron a través de 3 escalas

tipo Likert creadas *ad hoc* con operativización de cada una de las conductas y acuerdo interjueces, donde 1= pensamiento o verbalización; 2= conductas sin repercusión para su vida; 3= conductas con repercusión para su vida; 4= conductas graves que implican peligro para la integridad física y 5= conductas muy graves con peligro vital (Santiago, Castro, Cañamero, Godoy, Valverde, & Marcos, 2005). El segundo estudio, se realizó sobre 4 adolescentes que acudían a un Centro de Atención Primaria de La Rioja cumpliendo un mínimo de dos criterios diagnósticos de TLP según el DSM-IV, aunque en esta ocasión no pudo detectarse efecto alguno (Costa-Ortiz, 2012). Otro estudio más, esta vez sobre una muestra de 26 pacientes con TLP, sin grupo control y con seguimiento a 5 años está pendiente de ser publicado; sus resultados se alinean con los de los dos estudios previos, aunque con recaídas en dos de los pacientes, que habían consumido tóxicos a partir de los 3 años sin sesiones de recuerdo.

En resumen, parece prioritario ofrecer psicoterapia al paciente con TLP que solicita ayuda en los servicios de salud mental. Para ello, los profesionales deben contar con algún tipo de psicoterapia que resulte útil para la mayoría de pacientes con TLP y que pueda aplicarse de manera escalonada. Tal psicoterapia no tiene por qué ser específica, pero sí estar sistematizada y estructurada. La Terapia Icónica podría ser una buena alternativa para reducir los síntomas TLP y sus complicaciones, según se deduce de la experiencia clínica acumulada y de varios estudios cuasiobservacionales en los últimos 15 años. Esta tesis representa el primer ensayo clínico sobre la efectividad de la Terapia Icónica, en el que se ha utilizado una versión reducida de 10 semanas de tratamiento intensivo + 3 sesiones de repaso sobre adolescentes y jóvenes con tendencia suicida.

3. PLANTEAMIENTO DE LA TESIS

El presente trabajo surge de la necesidad de validar empíricamente la efectividad de la Terapia Icónica, un tipo de intervención psicológica concebida para tratar la inestabilidad emocional. Este tipo de abordaje cobra especial interés en pacientes graves que no responden al formato verbal clásico de terapia, sobre todo cuando existe un diagnóstico de TLP. El diseño de este estudio consiste en un ensayo clínico controlado y aleatorizado en condiciones de práctica clínica habitual dentro del área asistencial del Hospital Regional Universitario de Málaga, que cubre una población de 300.000 habitantes y en el que ha colaborado la Universidad de Málaga desde noviembre de 2015 (comienza el reclutamiento) hasta julio de 2017 (finaliza la fase de seguimiento). Se decidió testar la eficacia de la Terapia Icónica sobre adolescentes y jóvenes con inestabilidad emocional y otros síntomas de TLP que buscaran ayuda en el Sistema Público de Salud porque la aparición temprana de dificultades suele llevar a los más jóvenes a demandar atención sanitaria (Banzhaf et al., 2012; Coid et al., 2009; Pompili et al., 2005; Temes et al., 2019), sobre todo cuando existe ideación suicida (Yalch et al., 2014). El grupo experimental recibió Terapia Icónica, mientras que el grupo de comparación se aplicó una terapia de apoyo. Ambas intervenciones abordaban las principales limitaciones del TLP desde un enfoque integrador de base cognitivo conductual y fueron impartidas por psicólogos noveles, supervisados por la investigadora principal del estudio. Sin embargo, existen cuatro diferencias fundamentales entre ellas: 1) la Terapia Icónica disponía de un modelo teórico propio mientras que la terapia de apoyo no; 2) los terapeutas del grupo experimental contaban con un manual estructurado que guiaba las sesiones mientras que los del grupo control, seguían únicamente indicaciones generales 3) la Terapia Icónica utilizó imágenes (iconos) que parecen influir en el estado de ánimo, mientras que la terapia de apoyo

estaba limitada al formato verbal clásico; y 4) al grupo de Terapia Icónica no se le ofertó una sesión de *mindfulness* como se hizo con el grupo de apoyo.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. Objetivo general

Evaluar la aplicabilidad, efectividad y aceptabilidad de la Terapia Icónica en un contexto de práctica cotidiana con pacientes con síntomas de TLP.

4.1.1. Objetivo Principal

Determinar la efectividad de la Terapia Icónica sobre la severidad global de síntomas TLP en adolescentes y jóvenes con ideación suicida.

4.1.2. Objetivos Secundarios

Se evaluaron los efectos de la Terapia Icónica sobre las siguientes variables: suicidabilidad (ideación, intentos suicidas y autolesiones no suicidas), uso de servicios de salud mental (consumo de fármacos y número de visitas a profesionales), ajuste social, experiencia subjetiva respecto a la intervención (percepción de mejoría por pacientes y familiares y nivel de satisfacción) y adherencia a la misma.

4.2. Hipótesis

4.2.1. Hipótesis Principal

Se espera que los pacientes que reciban Terapia Icónica muestren una reducción en la severidad global de síntomas de TLP mayor (respecto a la línea base) que los que reciban terapia de apoyo.

4.2.2. Hipótesis secundarias

1. Los pacientes que reciban Terapia Icónica reduzcan la suicidabilidad (ideación, intentos suicidas y autolesiones no suicidas) en mayor medida que los que reciban terapia de apoyo (respecto a la línea base).

2. Los pacientes que reciban Terapia Icónica hagan un menor uso de servicios de salud mental (consumo de fármacos y número de visitas a profesionales) que los que reciban terapia de apoyo (respecto a la línea base).

3. Los pacientes que reciban Terapia Icónica presenten un mejor ajuste social (respecto a la línea base) que los que reciban terapia de apoyo.

4. La experiencia subjetiva respecto a la intervención (percepción de mejoría por pacientes y familiares y nivel de satisfacción con la terapia) de los pacientes que reciban Terapia Icónica será mejor que la de los que reciban terapia de apoyo.

5. La adherencia a la terapia de los pacientes que reciban Terapia Icónica será superior que la del grupo tratado con terapia de apoyo.

4.3. Material y Método

4.3.1. Diseño

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado con diseño de grupos paralelos y seguimiento a un año con tres momentos de evaluación: a) condiciones basales, b) después del tratamiento (10 semanas) y c) tras 12 meses desde su finalización. Este estudio ha sido aprobado por el Comité de Ética Provincial de Málaga con fecha abril de 2015 (shs-ico-2015-01) y está registrado en el ClinicalTrial.gov, recurso web del National Institutes of Health (NIH) (NCT03011190) (Ver ANEXO1).

4.3.2. Participantes

En el estudio participaron 40 sujetos de entre 15 y 30 años. Debido a las dificultades en el reclutamiento, hubo que realizar algunas enmiendas sobre el protocolo inicial; se amplió el rango de edad (inicialmente estimado entre 15 y 25 años), se invitó a participar a un nuevo centro de salud mental (concertado) y se aceptó la participación de pacientes con riesgo suicida elevado (gravedad de la ideación suicida ≥ 4), quienes inicialmente iban a ser excluidos del estudio. Estas modificaciones fueron comunicadas y autorizadas por el Comité de Ética de referencia. En el diagrama de flujo aparece toda la información relativa al reclutamiento (Figura 3).

Figura 3

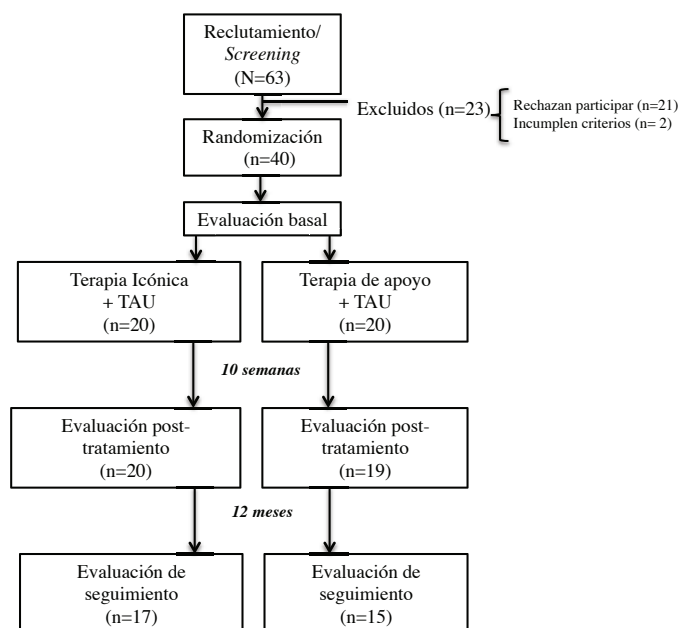


Diagrama de flujo sobre el reclutamiento de participantes y momentos de evaluación

Durante el estudio y con el fin de optimizar su permanencia, todos los pacientes recibieron recordatorios de tratamiento y ayudas económicas semanales para su desplazamiento en bus (2,60€ paciente/sesión).

4.3.3. Criterios de inclusión

-Tener entre 15 y 30 años.

-Presentar ideación suicida según la subescala que, dentro de la Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio (C-SSRS; Posner et al., 2011), mide tal variable (puntuación ≥ 2).

-Mostrar un estilo de personalidad tipo límite según el Cuestionario Exploratorio de la personalidad-III- trastorno límite (CEPER-III-TLP; Caballo, Guillén, Salazar e Irurtia, 2011) (puntuación ≥ 38 sobre 84).

-Hablar español con la suficiente fluidez como para recibir la terapia.

4.3.4. Criterios de exclusión

-Sospecha de personalidad antisocial según la subescala que corresponde a este diagnóstico (puntuación ≥ 3) dentro de la Entrevista clínica estructurada para diagnósticos del eje II del DSM-IV (SCID-II; First et al., 1997).

-Abuso o dependencia de alcohol/sustancias que pueda dificultar la adherencia al tratamiento (según su terapeuta).

-Baja expectativa de cambio/ mejora con el tratamiento que recibirá según la Escala de credibilidad y expectativas (CEQ; Borkovec & Nau, 1972) (puntuación ≤ 35 sobre 60).

4.3.5. Aleatorización

Los 40 pacientes de la muestra fueron estratificados por edad y aleatorizados en dos grupos en proporción 1:1 por el investigador principal. Posteriormente y siguiendo la misma dinámica, cada grupo volvió a dividirse en dos mitades hasta formar 4 grupos de 10 pacientes cada uno (dos de Terapia Icónica y dos de terapia de apoyo). Los terapeutas al cargo de ambas intervenciones fueron psicólogos con poca experiencia en

la aplicación de terapias grupales, emparejados al azar de modo que cada grupo contase con un terapeuta y un coterapeuta. Los psicólogos asignados para aplicar Terapia Icónica recibieron un entrenamiento sobre las técnicas de Terapia Icónica de 15 horas según el Manual de Tratamiento de la Terapia Icónica (ver esquema en el ANEXO 3) por parte de la investigadora principal. Los terapeutas asignados al grupo control fueron asesorados sobre los contenidos informativos y guiones de apoyo que debían incorporar en sus sesiones. Una de las sesiones del grupo control consistió en una sesión de *mindfulness*.

4.4. Procedimiento de intervención

La intervención tuvo lugar en dos tandas: enero-abril y mayo-julio de 2017 (en cada tanda recibían tratamiento dos grupos: uno por cada tipo de intervención). No se esperó a reclutar el total de participantes, sino que se empezaron a impartir las terapias cuando la primera mitad de la muestra había sido reclutada debido a la conveniencia de ofrecer un abordaje in situ y sin demora, cuando un paciente solicita ayuda profesional (Choi-Kain et al., 2016b). Mientras tanto, el reclutamiento del resto de pacientes de la muestra seguía en proceso. Cuatro eran los dispositivos asistenciales que derivaban pacientes para este estudio: Equipo de Salud Mental (ESM) Limonar, ESM Norte, Unidad de Salud Mental Infanto- Juvenil (USMIJ) de Málaga y Centro Asistencial San Juan de Dios. Todos los participantes (grupo experimental y control) mantenían su tratamiento habitual (TAU) durante el estudio, habitualmente consistente en (principalmente antidepresivos, ansiolíticos y estabilizadores del ánimo), una sesión de psicoterapia mensual o bimensual con el psicólogo y revisiones farmacológicas cada 3 meses con el psiquiatra de referencia. Teniendo en cuenta que los adolescentes y jóvenes con riesgo de suicidio son especialmente vulnerables, los participantes de ambos grupos (experimental y control) contaron con la posibilidad de solicitar sesiones

individuales con la investigadora principal en caso de crisis (durante y después del tratamiento).

4.4.1. Terapia Icónica en el grupo experimental

El grupo experimental recibió un total de 10 sesiones de Terapia Icónica en formato grupal con una frecuencia semanal y tres sesiones de recuerdo (a las 2 semanas, a los 6 y a los 12 meses tras la finalización del tratamiento). La duración de las sesiones era de 90 minutos cada una. Los encuentros grupales comenzaban con el repaso de la sesión anterior durante 30 minutos para después ir avanzando con los nuevos contenidos del módulo que correspondiese (1. habilidades básicas de regulación emocional; 2. relaciones interpersonales; 3. construcción de la identidad/ autoestima y 4. búsqueda de autodirección personal). Los participantes contaban con la posibilidad además de contactar individualmente con la investigadora principal en caso de crisis. Los contenidos del programa de Terapia Icónica figuran en el ANEXO 2. Las sesiones de grupo eran supervisadas por la investigadora principal a través de un cristal unidireccional ubicado en la sala de terapia con el fin de dar *feedback* a terapeutas y coterapeutas después de cada sesión. Se filmaron, además, dos sesiones de grupo de Terapia Icónica para que su creadora pudiera chequear que la aplicación de terapia fuera fidelizada. Es la primera vez que, por requerimientos del estudio, la Terapia Icónica no es impartida por su creadora ni por la investigadora principal del estudio, sino por terapeutas noveles con un nivel de formación específica bajo.

4.4.2. Terapia de apoyo en el grupo control

El grupo control recibió, igual que el grupo de Terapia Icónica: 10 sesiones semanales de terapia en formato grupal, las tres sesiones de recuerdo a las 2 semanas, a los 6 y a los 12 meses y la posibilidad de contactar con el investigador principal en caso

de crisis. Las sesiones duraban 60 minutos. En el ANEXO 3, aparece un resumen con los contenidos del programa de terapia de apoyo, entre los que se encuentran el abordaje de la inestabilidad emocional y el control de impulsos, entrenamiento en habilidades sociales y fomento de la autoestima, principalmente. Todas las sesiones de grupo fueron supervisadas por la investigadora principal desde detrás de un cristal unidireccional para poder dar *feedback* a terapeutas y coterapeutas después de cada sesión.

4.5. Variables del estudio

4.5.1 Variables independientes

4.5.1.1. Variables sociodemográficas

En el estudio se midieron las siguientes variables sociodemográficas: edad, género, estado civil, nacionalidad, cohabitabilidad con la familia de origen, nivel educacional y situación laboral. Ver Tabla 10.

4.5.2 Variables de resultado

4.5.2.1. Variable principal:

Severidad global de síntomas de TLP mediante la escala *Borderline Personality Symptom List* (BSL-23; Bohus et al., 2009, validado por Soler et al., 2013).

4.5.2.2. Variables secundarias de resultado:

4.5.2.2.1 Suicidabilidad mediante las siguientes medidas

- Ideación suicida a través del *Columbia-Suicide History Form* (C-SSRS; Posner et al., 2011, validado por Al-Halabí et al., 2016)
- Intentos de suicidio (SI/NO).
- Autolesiones no suicidas (SI/NO).

4.5.2.2.2. Ajuste social mediante la *Escala de Inadaptación* (IG; Echeburúa et al., 2000).

4.5.2.2.3 Uso de servicios de salud mental mediante las siguientes variables:

- Consumo de psicofármacos (SI/NO).
- Tipo de psicofármaco.

(Antidepresivos/Ansiolíticos/Estabilizadores o Antipsicóticos).

- Número de visitas a profesionales de salud mental.

4.5.2.2.4 Experiencia subjetiva del tratamiento mediante

- Percepción de mejoría (por parte del paciente y de su familia).

- Satisfacción con el tratamiento recibido a través de la *Escala de satisfacción con el tratamiento* (CEQ; Borkovec & Nau, 1972).

4.5.2.2.5 Adherencia al tratamiento mediante un registro de asistencia a las sesiones de terapia.

4.6. Instrumentos de Evaluación

4.6.1. *Screening*

Cuestionario exploratorio de la personalidad-III-trastorno límite

(CEPER-III-TLP; Caballo, Guillén, Salazar e Irurtia, 2011): es un instrumento de *screening* que, basándose en las tendencias de comportamiento y en los síntomas diagnósticos del DSM-IV-TR, permite comprobar si un paciente tiene estilo de personalidad límite. Las puntuaciones pueden oscilar entre un mínimo de 12 y un máximo de 84 puntos: se considera que puntuar por encima de 38 puede ser una señal de alarma para TLP y la obtención de más de 58 puntos implica la sospecha de que exista un TLP grave. El cuestionario fue diseñado y validado convergentemente con el MCMI-III y su consistencia interna es elevada (*alfa* de Cronbach $\alpha=,81$).

Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio

(*Columbia-Suicide History Form*; C-SSRS; Posner et al., 2011): se ha utilizado la versión española de la escala (Al-Halabí et al., 2016), que ha demostrado tener una consistencia interna adecuada (*alfa de Cronbach* $\alpha=,53$) y alta validez discriminante ($p < ,000$) además de ser sensible al cambio y tener validez convergente y divergente con otras escalas multi-informe. El instrumento permite recoger aparición, gravedad y frecuencia de la ideación y de las conductas suicidas durante el periodo de evaluación. En este estudio se midió la gravedad de la ideación suicida actual a través de la correspondiente subescala ordinal, en la que se recogen distintos tipos de pensamiento sobre suicidio desde 1 (deseos de morir) hasta 5 (ideación con plan específico e intención de morir). Si el paciente contesta afirmativamente al menos a 2 de las 5 preguntas (puntuación ≥ 2), se considera que presenta ideación suicida. En caso de ser 4 o hasta 5 las respuestas afirmativas obtenidas (puntuación ≥ 4), entonces la ideación se considera grave y puede inferirse que el riesgo suicida es mayor, especialmente si han existido intentos suicidas recientes (Nordström et al., 1995; Wen- Hun et al., 2001).

Entrevista clínica estructurada para diagnósticos del eje II del DSM-IV

(SCID-II; First, Gibbon, Spitzer, Williams, & Benjamin, 1997): la entrevista se subdivide en 12 subescalas para identificar los distintos trastornos de personalidad según el DSM-IV. En este estudio se utilizó exclusivamente la subescala de personalidad antisocial, compuesta por una serie de preguntas semiabiertas que permiten explorar el patrón de respuesta habitual del paciente ante distintas situaciones a lo largo del tiempo. Las respuestas se contestaban entre 1 (falso) y 3 puntos (verdadero) según cómo se identificó se siente el paciente con cada afirmación: si son 3 los *items* puntuados con un “3”, existe sospecha de trastorno antisocial. Ante tal resultado y durante el *screening* inicial, el paciente era excluido de este estudio. La

entrevista tiene una buena fiabilidad y validez como prueba complementaria de la evaluación diagnóstica según los criterios del manual DSM-IV.

Escala de credibilidad y expectativas

(CEQ; Borkovek & Nau, 1972): la escala ha sido utilizada en numerosos estudios españoles para medir las expectativas de mejora del paciente cuando se le explica el tratamiento que va a recibir (González Robles et al., 2016; Sanz et al., 2018; Rachyla et al., 2016). En este estudio, la escala se aplicó durante la primera entrevista de *screening* para comprobar la confianza que le inspiraba al paciente el tratamiento ofrecido (“una psicoterapia intensiva para tratar la inestabilidad emocional”), si le parecía lógico, si le satisfacía, si se lo recomendaría a un amigo, si creía que podría serle útil para tratar su problema actual u otros problemas y si pensaba que podía resultarle desagradable. Cada *item* se puntuaba sobre una escala de 0 (en absoluto) a 10 puntos (muchísimo), pudiendo alcanzarse en cada caso una puntuación máxima de 60 puntos. Si la puntuación alcanzada era ≤ 35 , se consideraba que el paciente tenía una baja expectativa de cambio o mejora y quedaba excluido de este estudio.

4.6.2. Variable principal de resultado

Borderline Personality Symptom List

(BSL-23; Bohus et al., 2009): es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados (en su versión reducida) para evaluar la severidad de síntomas del TLP en ensayos clínicos. Se ha utilizado la versión española (Soler et al., 2013), que consta de 23 *items* auto-referidos puntuables en una escala *Likert* de 5 puntos desde 0 (en absoluto) hasta 4 (muchísimo): puntuaciones por debajo de 48 hablarían de un posible caso de TLP leve; entre 49 a 62 puntos suelen ser indicativos de casos graves y, por encima de 63, pacientes muy graves. La versión española utilizada en el estudio reproduce una

estructura unifactorial de la versión original (Bohus et al., 2009), tiene buena fiabilidad para el diagnóstico ($\alpha = ,95$), alta consistencia interna (*alfa de Cronbach* $\alpha = ,93$) y adecuada estabilidad test-retest ($\Gamma = ,73$; $p < ,01$). Siguiendo el protocolo, el cuestionario fue aplicado en el momento basal, después del tratamiento y a los 12 meses.

4.6.3. Variables secundarias de resultado

Intentos suicidas: se exploró la incidencia (SI/NO) de intentos suicidas reales durante el año previo al inicio del estudio, en el postratamiento y después del año de seguimiento a través de la pregunta: “¿Has cometido actos potencialmente autodestructivos por lo menos con cierto deseo de morir (no necesariamente al 100%)?” Este tipo de actos no tienen consecuencias fatales ni tampoco implican herida o daño físico (por ejemplo, ingerir se considera intento, aunque luego se avise de ello), pero constituyen un elemento predictor de suicidio consumado y su evaluación es indispensable en los tratamientos clínicos (Mondragón, Saltijeral, Bimbela, & Borges, 1998). No se usó la escala Columbia (S-SSRS) porque la evaluación basal de esta variable aludía al año previo, y no al momento en que comenzaba la terapia: los datos no eran equiparables a los del resto de variables secundarias (aunque volvieran a medirse en el post-tratamiento y al año de seguimiento).

Autolesión no suicida (ANS) según los criterios del DSM- 5 para TLP

(APA, 2014): según el DSM-5, un paciente presenta criterios para un diagnóstico de autolesión no suicida siempre que se autolesione sin la intención de morir en relación con una dificultad interpersonal o sentimiento negativo y lo haga más de 5 veces al año, siendo plenamente consciente de su actuación pero sin sentir control sobre ella y ocasionando consecuencias negativas para su vida. Dicha variable se midió de forma categórica (SI/NO) en el año previo al inicio del estudio, al finalizar el tratamiento y un

año después, en el seguimiento (ver ANEXO 4). No se utilizaron instrumentos de evaluación validados para medir autolesiones no suicidas como el Inventory of Statements about Self- Injury (ISAS; Glenn & Klonsky, 2011), porque no recogen los criterios del DSM-5, o no están validados al español, como el Alexian Brothers Assessment of Self-Injury (ABASI; Washburn, Potthoff, Juzwin, & Styer, 2015).

Uso de servicios de salud mental: el uso de servicios de salud mental se evaluó a través de las siguientes variables:

- Consumo de psicofármacos en el momento actual (SI/NO).
- Tipo de fármaco (Antidepresivos, Ansiolíticos, Estabilizadores del ánimo o Anstipsicóticos).
- Número de visitas a profesionales de salud mental en el último año.

Escala de Inadaptación

(IG; Echeburúa et al., 2000): es una escala tipo *Likert* que permite conocer la afectación de las diferentes áreas de la vida cotidiana de una persona (desempeño laboral, social, de ocio, con la pareja y familiar) en relación con un problema psicológico. La variable se midió en condiciones basales, al finalizar el tratamiento y en el seguimiento. A mayor puntuación, se considera que el paciente tiene un peor ajuste social. El instrumento consta de 6 *items* (5 específicos y 1 global sobre el grado de inadaptación general) con una alta sensibilidad si se utiliza un punto de corte global de 12 y buena especificidad con una puntuación de 2 para cada uno de los 6 *items*. La escala presenta una elevada consistencia interna (*alfa de Cronbach* $\alpha = ,94$) y alta validez discriminante ($p < ,001$).

Percepción global de mejoría: los pacientes debían valorar cómo se encontraban tras recibir el tratamiento con respecto a su estado inicial. Para ello se les ofrecía una escala *Likert* de 7 valores con valor inverso, donde 1= “mucho mejor”; 2= “bastante mejor”; 3= un poco mejor; 4= “sin cambios”; 5= “algo peor”; 6= “bastante peor” y 7= “mucho peor”. Tal escala se administró en dos momentos: después del tratamiento y al año de seguimiento. Los pacientes pueden ser en ocasiones observadores poco fiables, por lo que sus familiares también debían contestar la escala en función de cómo percibían que se encontraba el paciente en cada momento.

Escala de satisfacción con el tratamiento: se trata de una adaptación de la escala de credibilidad y expectativas (CEQ; Borkovec & Nau, 1972) que se utilizó en el *screening* para medir las expectativas de mejora del paciente antes de iniciar el tratamiento que se le había ofrecido. Al finalizar el tratamiento y después del seguimiento, volvieron a recogerse las mismas cuestiones desde su experiencia: si le había parecido lógico, si estaba satisfecho con el, si se lo recomendaría a un amigo, si le había resultado útil para tratar el problema actual u otros problemas o si había sido desagradable sobre una escala tipo *Likert* de 0 (en absoluto) a 10 (muchísimo), pudiéndose alcanzar una puntuación máxima de 60 puntos.

Adherencia al tratamiento: un registro de asistencia a las sesiones de tratamiento permitió evaluar la adherencia a la terapia. Se consideraron cumplidores del tratamiento si habían asistido al menos al 80% de las sesiones de terapia (el programa constaba de 10 sesiones).

Tabla 6 Áreas, instrumentos y momentos de evaluación de las variables de resultado

AREA EVALUADA	INSTRUMENTO		MOMENTO DE EVALUACIÓN
VARIABLE PRINCIPAL DE RESULTADO			
Severidad global de síntomas TLP	BSL-23^a		Basal Post-tratamiento A los 12 meses
VARIABLES SECUNDARIAS			
SUICIDA- BILIDAD	Ideación suicida (gravedad)	Puntuación C-SSRS ^b (Escala 1 a 5)	Basal Post-tratamiento A los 12 meses
	Conducta suicida (intentos)	Registro binario (SI/NO)	Los 12 meses previos Post-tratamiento A los 12 meses
	Autolesión no suicida	Criterios DSM-5 ^c (SI/NO)	Los 12 meses previos Post-tratamiento A los 12 meses
USO DE SERVICIOS DE SALUD MENTAL	Consumo de fármacos Tipo	Registro binario (SI/NO) Grupo de fármaco <i>Antidepresivos</i> <i>Estabilizadores</i> <i>Ansiolíticos</i> <i>Antipsicóticos</i>	Basal A los 12 meses
	Visitas a profesionales	Número de visitas	Los 12 meses previos A los 12 meses
AJUSTE SOCIAL	Escala de inadaptación (EI) ^d		Basal Post-tratamiento A los 12 meses
EXPERIENCIA SUBJETIVA	Mejoría autopercebida	Escala de mejoría Subjetiva	Post-tratamiento A los 12 meses
	Mejoría según amigos/ familiares	Escala de mejoría percibida (Escala 1 a 7)	Post-tratamiento A los 12 meses
	Satisfacción con el tratamiento	Escala de satisfacción (adaptación del CEQ ^e)	Post-tratamiento A los 12 meses
ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	Registro binario (Asistencia a ≥ 8 sesiones grupales: SI/NO)		Post-tratamiento A los 12 meses

Notas. BSL-23 (Borderline Personality Symptom List- versión reducida); C-SSRS^b (Columbia Suicide History Form); DSM-5^c (Autolesión no suicida según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, DSM-5); EI^d (Escala de inadaptación cotidiana); CEQ^e (Escala de credibilidad y expectativas)

4. 7. Análisis estadísticos

Se llevaron a cabo análisis por intención de tratar, incluyendo a todos los participantes evaluados independientemente de que hubiesen completado el tratamiento. Las características sociodemográficas se recogen como descriptivos estadísticos en la Tabla 7. Asimismo, se examinó la comparabilidad de los dos grupos de tratamiento en la línea base usando la prueba χ^2 para las variables categóricas y la prueba *t de Student* para las variables continuas que alcanzaran la normalidad (si no, se usaba el test de *Mann Whitney*). Los análisis de las variables de resultado, tanto principales como secundarias, se realizaron mediante modelos de ecuaciones de estimación generalizada (GEE). Esencialmente, los modelos GEE son una extensión de los modelos lineales generalizados (GLMs) a medidas repetidas y otras observaciones correlacionadas. La variable de respuesta puede ser cuantitativa, ordinal, cualitativa o de recuento. Además, con los modelos GEE no es necesaria la imputación de valores perdidos ya que, si éstos son aleatorios, la estimación de los parámetros es bastante robusta (Ziegler, 2011). En todos los modelos, el *tratamiento* (Terapia Icónica vs terapia de apoyo) se ha incluido como un factor entre-sujetos y el *tiempo* (basal, post-tratamiento y 12 meses de seguimiento) como un factor intra-sujetos o de medidas repetidas. En cada análisis se examinan los efectos principales, así como la interacción entre *tratamiento* y *tiempo*. Se llevó a cabo un análisis de sensibilidad con las diferentes matrices de correlación (Independiente, AR (1), Intercambiable, M-dependiente y no estructurada) escogiéndose el modelo que tuviera una QIC más baja. IBM SPSS (versión 22.0 para *Windows*) se utilizó para los análisis estadísticos. La significación estadística queda definida como $p < .05$ y se aplicó la corrección de *Bonferroni* a las comparaciones múltiples post hoc.

5. RESULTADOS

De los 63 pacientes derivados para el estudio, 23 se excluyeron por distintas causas; los 40 restantes fueron estratificados por edad y aleatorizados en 2 grupos de 20 cada uno (Terapia Icónica y terapia de apoyo). Como puede verse en la Tabla 7, la muestra estaba compuesta principalmente por mujeres (82,5%), con una media de edad de 20,53 años (DT= 4,32). El 87,5% de los participantes convivía con su familia de origen, que en el 75,5% de los casos eran de padre y madre españoles. La mayoría de ellos tenía estudios de educación primaria o secundaria (50% y 32,5% respectivamente) y solo el 17,5% eran universitarios. El 35% de la muestra trabajaba, un 15% a tiempo parcial y el restante 85% a tiempo completo. La mayoría, tenía historia de intentos de suicidio (N=15; 75% en Terapia Icónica y N=13; 65% en la terapia de apoyo) y algunos también de autolesiones no suicidas (N=3; 15% en Terapia Icónica y N=3; 15% en la terapia de apoyo) en el año previo a iniciarse el estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de tratamiento respecto a ninguna de las variables analizadas en el momento basal.

Tabla 7 Características basales y adherencia al tratamiento de los participantes

Variable	Total N=40		Terapia de apoyo N=20		Terapia Icónica N=20		χ^2 / t	P
Edad (15-29), M (DT)	20,53	(4,32)	19,95	(4,37)	21,10	(4,30)	-0,83	,407
Género (<i>Mujer</i>) (%)	33	(82,5)	15	(75,0)	18	(90,0)	1,55	,405
Estado Civil (<i>Soltero</i>) (%)	40	(100)	20	(100)	20	(100)		
Nacionalidad parental (ambos españoles)	30	(75,5)	14	(70,0)	16	(80,0)	0,53	,465
Modo de convivencia (familia de origen) (%)	35	(87,5)	17	(85,0)	18	(90,0)	0,30	,633
Estudios (%)							4,46	,107
<i>Primaria</i>	20	(50,0)	11	(55,0)	9	(45,5)		
<i>Secundaria</i>	13	(32,5)	8	(40,0)	5	(25,0)		
<i>Universidad</i>	7	(17,5)	1	(5,0)	6	(30,0)		
Situación Laboral (%)							0,46	,792
<i>No trabaja</i>	14	(35,0)	6	(30,0)	8	(40,0)		
<i>Trabaja a tiempo parcial</i>	4	(10,0)	2	(10,0)	2	(10,0)		
<i>Trabaja a tiempo completo</i>	22	(55,5)	12	(60,0)	10	(50,0)		
Adherencia al tratamiento							2,56	,110
<i>Asisten a ≥ 8 sesiones grupales</i> (%)	23	(59,0)	9	(45,0)	14	(70,0)		
Completa el seguimiento (%)	32	(80,0)	15	(75,0)	17	(85,0)	0,62	,693
Nº sesiones individuales, M (SD)	3,15	(3,39)	2,21	(2,37)	4,05	(3,99)	-1,73	,091

De los 40 pacientes reclutados, completaron tratamiento el 70% de los asistentes al grupo de Terapia Icónica (14 personas) y el 45% de los asistentes al de apoyo (9 personas) (Ver Tabla 7). El tratamiento se consideraba completado cuando asistían al menos al 80% de las sesiones. Un total de 8 personas (20% de la muestra inicial) no completaron las evaluaciones de seguimiento del estudio, por lo que todos los análisis se llevaron a cabo sobre los 32 pacientes que sí lo hicieron (17 de Terapia Icónica y 15 del grupo de apoyo). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre grupos con respecto a los abandonos ($p = ,693$), ni tampoco las hubo en el número de sesiones individuales que solicitaron los pacientes de ambos grupos (con su profesional de referencia o con la investigadora principal) durante el tratamiento ($p > ,05$).

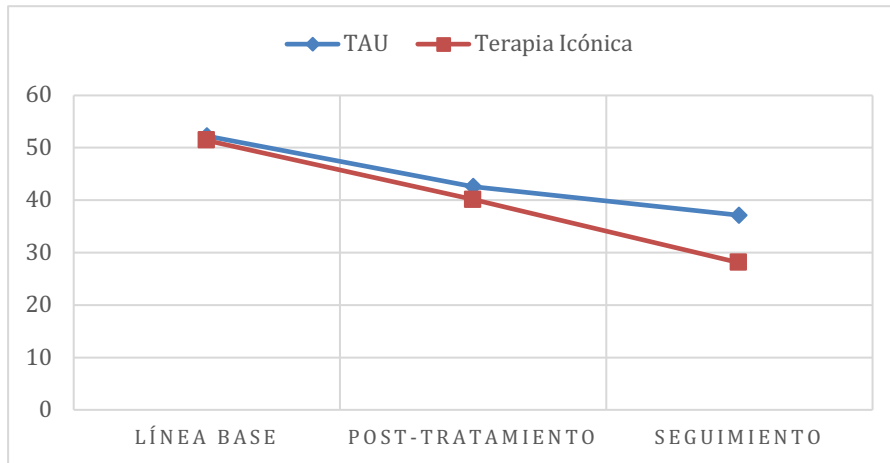
En la Tabla 8 se muestran los estadísticos descriptivos de las variables de resultado, que fueron evaluados en tres momentos (línea base, post-tratamiento y seguimiento) para cada uno de los grupos de terapia.

Tabla 8 Estadísticos descriptivos de las variables de resultado para cada tipo de terapia (Terapia Icónica y terapia de apoyo) en los diferentes momentos de evaluación

Variable	Tipo de Terapia	Basal		Postratamiento (10 semanas)		Seguimiento (12 meses)	
		M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Sintomatología TLP (BSL-23)	Apoyo	52,25	(18,71)	42,63	(24,86)	37,13	(20,53)
	Icónica	51,40	(22,03)	40,10	(24,63)	28,06	(21,82)
Ideación suicida (C-SSRS)	Apoyo	4,00	(,97)	2,68	(1,66)	1,33	(1,75)
	Icónica	3,55	(1,46)	2,00	(2,00)	1,00	(1,45)
Intentos suicidio N sujetos (%)				9	47,36%	2	13,33%
				5	25,5%	1	5,88%
Autolesión no suicida N sujetos (%)				0	0%	1	5%
				1	5,0%	0	0
Uso de fármacos N sujetos (%)	Apoyo	14	70,0%	10	52,6%	8	53,3%
	Icónica	14	70,0%	11	55,0%	5	29,4%
Nº visitas a profesionales de salud mental				1,95	(2,99)	4,82	(6,21)
				1,85	(2,45)	3,80	(5,71)
Inadaptación cotidiana (EI)	Apoyo	23,30	(5,07)	19,21	(9,44)	16,27	(8,68)
	Icónica	20,60	(6,62)	15,10	(7,70)	9,82	(6,69)
Satisfacción con la terapia (CEQ)	Apoyo			34,26	(9,92)	44,13	(13,61)
	Icónica			43,40	(6,12)	47,88	(7,52)
Mejora global subjetiva (Individuo)	Apoyo			3,16	(1,01)	2,73	(1,83)
	Icónica			3,10	(1,25)	2,35	(1,17)
Mejora global percibida (Familia)	Apoyo			3,42	(,84)	2,40	(,99)
	Icónica			3,05	(1,19)	3,12	(1,11)

Tanto en el grupo que recibió la Terapia Icónica como en el de terapia de apoyo, la severidad global media de síntomas de TLP (medida a través de la escala BSL-23) se redujo después del tratamiento de 10 semanas. En el seguimiento a los 12 meses, la severidad global media continuó reduciéndose aún más en ambos grupos (ver Figura 4).

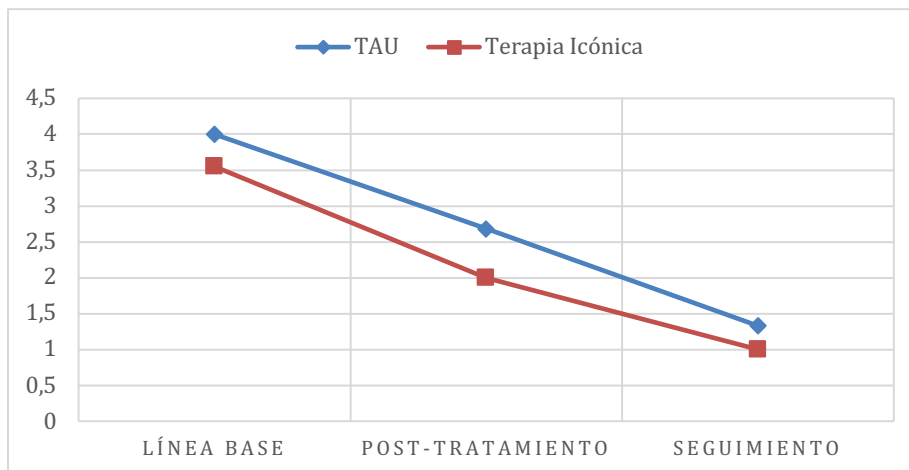
Figura 4



Puntuaciones medias en severidad de síntomas de TLP (BSL-23)

Se redujo asimismo la gravedad de la ideación suicida, que fue disminuyendo en ambos grupos desde ≈ 4 (intención de actuar) al inicio del estudio hasta ≈ 1 (mero deseo de morir o dormirse y no despertar) en la evaluación de seguimiento (ver Figura 5).

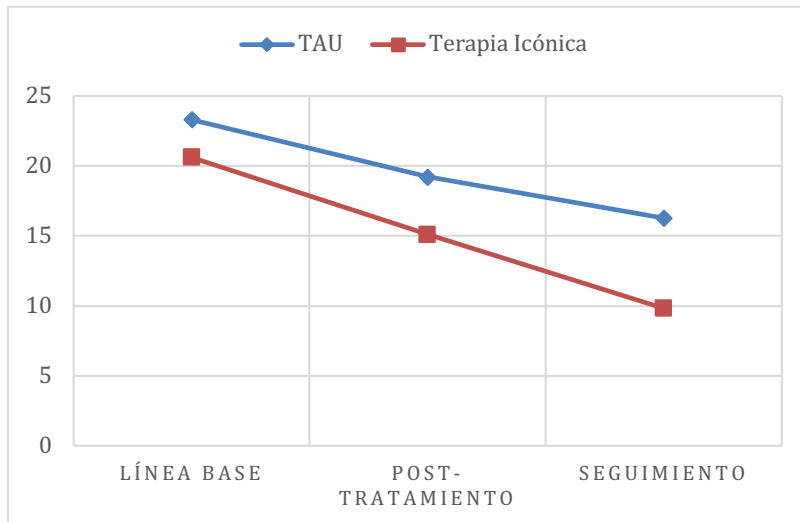
Figura 5



Puntuaciones medias en gravedad de la ideación suicida (C-SSRS)

De forma similar, se produjo una disminución progresiva a lo largo de los tres momentos temporales en la media de las puntuaciones en inadaptación cotidiana, tanto en el grupo de Terapia Icónica como en el de terapia de apoyo (ver Figura 6).

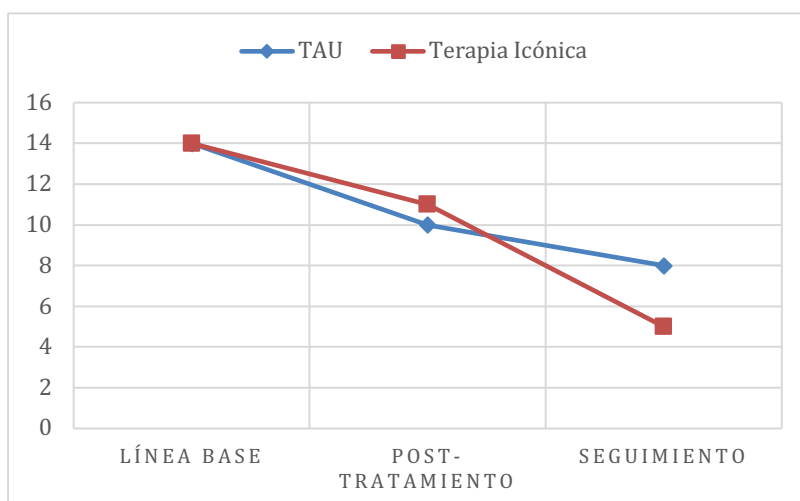
Figura 6



Puntuaciones medias en inadaptación cotidiana (EI)

Asimismo, se comprobó que el número de participantes que consumían psicofármacos en la evaluación basal del estudio fue disminuyendo con el tiempo, especialmente en el grupo de Terapia Icónica (ver Figura 7).

Figura 7



Número de participantes que consumen psicofármacos

El tipo de psicofármaco que con mayor frecuencia consumían los participantes de este estudio eran ansiolíticos, antidepresivos o la combinación de ambos. En la Tabla 9 se recoge el número de pacientes que consumía cada tipo de pauta medicamentosa en el momento de empezar la terapia (línea base) y tras el año de seguimiento.

Tabla 9 Número de pacientes que consumía cada tipo de psicofármacos

		ANS	AD	EST	ANS+ AD	ANS+ EST	ANS+ AD+ EST	ANS+ AD +EST+ AP	Nada	SUJETOS (N TOTAL por grupo)
BASAL	Apoyo	4	2	1	5	1	1	0	6	20
	Icónica	4	3	1	2	0	0	1	9	20
12 MESES	Apoyo	1	2	0	4	0	0	0	8	15
	Icónica	0	3	0	2	0	0	0	12	17

Notas. ANS: Ansiolíticos; AD: Antidepresivos; EST: Estabilizadores del ánimo; AP: Antipsicóticos

En la Tabla 10 se muestran los resultados del análisis a través de los modelos de ecuaciones de estimación generalizada (GEE), que nos permiten valorar tanto los efectos principales como el efecto de interacción entre los dos factores incluidos: el tipo de *terapia* (con dos niveles: Terapia Icónica vs terapia de apoyo) y el *tiempo* (con tres niveles: línea base, post-tratamiento y seguimiento). A un nivel de confianza del 95%, el efecto principal del *post-tratamiento* (es decir, el efecto que evalúa la diferencia entre las puntuaciones medias obtenidas por todos los participantes, a las 10 semanas de tratamiento y las obtenidas en la línea base), resultó estadísticamente significativo en la

reducción de síntomas TLP, de la ideación suicida y del ajuste social, pero no del uso de psicofármacos. Esto indica que tanto la Terapia Icónica como la terapia de apoyo, permiten reducir síntomas y mejorar el funcionamiento cotidiano en jóvenes con ideación suicida y estilo de personalidad TLP a las 10 semanas de tratamiento.

Por otro lado, los resultados mostraron que el efecto de la interacción *terapia*post-tratamiento* no resultó estadísticamente significativo para ninguna de las variables dependientes de este estudio. Esto indica que la reducción de síntomas TLP y de otras variables secundarias al trastorno después del tratamiento, fue similar en los dos grupos de terapia y, por tanto, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre la eficacia de la Terapia Icónica y la de terapia de apoyo.

En cuanto al efecto principal del *seguimiento* (respecto de la línea base), éste resultó estadísticamente significativo para todas las variables analizadas, excepto para el uso de psicofármacos. Esto supone que, durante al menos un año después, se mantuvieron los logros para ambos grupos de tratamiento en cuanto a síntomas TLP, ideación de suicidio y ajuste social, pero el uso de psicofármacos se mantuvo a un nivel equivalente al de antes de iniciar las terapias.

Por su parte, el efecto de interacción *terapia*seguimiento* no resultó estadísticamente significativo para ninguna de las variables dependientes de este estudio. Esto indica que la reducción de síntomas TLP y de otras variables secundarias al trastorno fue similar en los dos grupos de terapia, tras 12 meses de seguimiento.

Tabla 10 Resultados de los modelos de Ecuaciones de Estimación Generalizadas (GEE)

Variable de resultado	B	ES	IC al 95%	Estadístico de Wald	P
Sintomatología TLP (BSL-23)					
Terapia	0,850	6,302	-11,501/13,201	0,018	,893
Post-Tratamiento	-11,300	4,279	-19,687/-2,913	6,974	,008
Seguimiento	-23,341	6,696	-36,467/-10,215	12,148	,000
Terapia*Post-Tratamiento	1,682	7,087	-12,208/ 15,572	0,056	,812
Terapia*Seguimiento	8,225	8,090	-7,632/24,081	1,033	,309
Ideación Suicida (C-SSRS)					
Terapia	0,450	0,384	-0,302/1,202	1,374	,241
Post-Tratamiento	-1,550	0,364	-2,263/-0,837	18,149	,000
Seguimiento	-2,550	0,499	-3,529/-1,571	26,069	,000
Terapia*Post-Tratamiento	0,234	0,540	-0,824/1,292	0,188	,664
Terapia*Seguimiento	-0,117	0,720	-1,527/1,294	0,026	,871
Inadaptación cotidiana (IG)					
Terapia	2,700	1,819	-0,864/6,264	2,204	,138
Post-Tratamiento	-5,500	1,487	-8,415/-2,585	13,672	,000
Seguimiento	-10,776	1,819	-14,341/-7,212	35,115	,000
Terapia*Post-Tratamiento	1,411	2,561	-3,609/6,430	0,303	,582
Terapia*Seguimiento	3,743	3,225	-2,578/10,064	1,347	,246
Consumo de psicofármacos					
Terapia	1,009	0,742	-0,446/2,464	1,847	,174
Post-Tratamiento	-0,714	0,746	-2,176/0,749	0,915	,339
Seguimiento	0,028	0,675	-1,296/1,352	0,002	,967
Terapia*Post-Tratamiento	-0,362	0,960	-2,243/1,519	0,143	,706
Terapia*Seguimiento	-1,104	,906	-2,280/0,671	1,486	,223

Notas: En negrita, $p < ,001$; B: Coeficiente de regresión; ES: Error Standard del coeficiente de regresión; IC: Intervalo de Confianza de B al NC=95%. Matriz de correlación independiente para todos los modelos.

En la Tabla 11, se muestran los estadísticos descriptivos de otras variables de resultado secundarias que no se evaluaron en la línea base. En las variables categóricas (intento de suicidio y autolesión no suicida), la diferencia de porcentajes entre los dos grupos de terapia se analizó a través de la prueba de independencia Chi-cuadrado, tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento. En las variables numéricas (visitas a profesionales de salud mental, satisfacción con la terapia, y mejora global percibida por el paciente y por la familia), las diferencias entre las medias de los dos grupos de terapia -tanto en el post-tratamiento como en el seguimiento- se analizaron a través de la prueba *t* de *Student* para dos muestras independientes. Los resultados indican que no hubo diferencias estadísticamente significativas ($p > ,05$) entre los dos grupos de terapia, ni en el post-tratamiento ni en el seguimiento, en ninguna de las variables analizadas a excepción de la *satisfacción con la terapia*. Los pacientes a los que se les aplicó la Terapia Icónica mostraron una mayor satisfacción con la terapia (medida a través del cuestionario CEQ) que los que recibieron una terapia de apoyo, resultando esta diferencia estadísticamente significativa ($p < ,01$) al terminar el tratamiento, aunque no se mantuvo en el seguimiento ($p > ,05$).

La experiencia subjetiva de los pacientes respecto al tratamiento fue positiva respecto a ambas intervenciones. Ante la pregunta de cómo se encontraban al terminar el tratamiento en comparación con su estado inicial, los pacientes del grupo de Terapia Icónica alcanzaron una puntuación media de 3,10 (equivalente a “un poco mejor”), muy parecida a la obtenida por el grupo de apoyo, que fue de 3,16. Los familiares o amigos coincidieron con los pacientes en la mejoría percibida: los del grupo de Terapia Icónica los puntuaron con una media de 3,05 y los de terapia de apoyo de 3,42. Al año de seguimiento, la percepción de mejoría se mantuvo más o menos estable, tanto para los pacientes como para sus familiares (ver Tabla 11).

Tabla 11 Diferencias entre Terapia Icónica y terapia de apoyo en el post-tratamiento y en el seguimiento

VARIABLE	Post-Tratamiento			Seguimiento 12 meses		
	Apoyo	Icónica	χ^2 / t	Apoyo	Icónica	χ^2 / t
Intento de suicidio (C-SSRS)	9 (47,36)	5 (25,00)	$\chi^2=2,199$	2 (13,33)	1 (5,88)	$\chi^2=0,521$
<i>N (%)</i>						
Autolesión no suicida (DSM-5) N (%)	0 (0,00)	1 (5,00)	$\chi^2=0,975$	1 (6,67)	0 (0,00)	$\chi^2=1,170$
Visitas profesionales salud mental* M (DT)	1,95 (2,99)	1,85 (2,45)	$t=-0,111$	3,80 (5,71)	4,82 (6,21)	$t=0,632$
Satisfacción con la terapia (CEQ)* M (DT)	34,26 (9,92)	43,40 (6,12)	$t=3,440^{**}$	44,13 (13,61)	47,88 (7,52)	$t=0,947$
Mejora Global Subjetiva Individuo* M (DT)	3,16 (1,01)	3,10 (1,25)	$t=-0,158$	2,73 (1,83)	2,35 (1,17)	$t=-0,709$
Mejora Global Percibida Familia* M (DT)	3,42 (0,84)	3,05 (1,19)	$t=-1,120$	2,40 (0,99)	3,12 (1,11)	$t=1,921$

Nota : ** $p < ,01$. Se ha aplicado la corrección de *Bonferroni*.

6. DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio demuestran que tanto la Terapia Icónica como la terapia de apoyo resultan eficaces en la reducción de síntomas y en la mejora del funcionamiento en jóvenes con ideación suicida y estilo de personalidad TLP. Concretamente, se ha constatado que ambas terapias mejoran la severidad de síntomas, la suicidabilidad, el uso de servicios de salud mental y el ajuste social de los participantes del estudio. La percepción de mejoría por parte de pacientes y familiares de referencia fue positiva para ambos grupos por igual, aunque el nivel de satisfacción respecto a la terapia fue significativamente mayor en el grupo de Terapia Icónica. Pese a no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a la mejora clínica, tanto la variable principal de resultado (severidad de la sintomatología clínica), como el resto de las variables secundarias (suicidabilidad, uso de servicios de salud mental, ajuste social y experiencia subjetiva de la terapia), han sido más favorables en la Terapia Icónica, tanto en la evaluación postratamiento como a los 12 meses de finalización del tratamiento.

Desde la primera hipótesis, se esperaba que los pacientes del grupo de Terapia Icónica redujeran la severidad global de síntomas de TLP en mayor medida (respecto a la línea base) que los del grupo de apoyo. La reducción de síntomas alcanzada con ambas terapias fue significativa tanto al finalizar el tratamiento como en el seguimiento, pero equivalente en ambos casos y similar a la alcanzada con otras psicoterapias para TLP según distintas revisiones sistemáticas y metanálisis, tanto en adultos (Bateman & Fonagy, 2009a; Clarkin et al., 2007; Jørgensen et al., 2013; McMain et al., 2009; Spitzer, 1992; Turner, 2000) como en adolescentes que manifiestan los primeros síntomas del trastorno (Chanen, Jackson, et al., 2008; Schuppert et al., 2009, 2012). Tal similitud de resultados suele encontrarse siempre que un tratamiento se aplique de forma manualizada y estructurada, por terapeutas con la suficiente experiencia o

supervisión clínica (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018; Stoffers-Winterling et al., 2012). Es más, los resultados de este estudio son afines también a los de algunas psicoterapias específicas como la Terapia Dialectico-Conductual, en adolescentes (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014, 2016) y en adultos (Bohus et al., 2013; McMMain et al., 2009; Priebe et al., 2012; Turner, 2000), terapia centrada en Mentalización, en la Transferencia o en Esquemas (Bateman & Fonagy, 1999, 2009a; Clarkin et al., 2007; Farrell, Shaw, & Webber, 2009; Jørgensen et al., 2013). En cuanto a durabilidad de resultados, la mayoría de estudios no han encontrado buenos resultados a largo plazo para TLP (Bateman & Fonagy, 1999; Bohus et al., 2013; Doering et al., 2010; Linehan et al., 2006) y los que lo han hecho, ha sido mediante estimaciones de baja calidad o con alto riesgo de sesgos por el tamaño reducido de la muestra (Clarkin et al., 2007; Laurensen et al., 2014; Rossouw & Fonagy, 2012), por la metodología utilizada (Cottraux et al., 2009) o por la carencia de estructuración de la terapia aplicada (Jørgensen et al., 2013). Es más, un reciente metanálisis encuentra que las diferencias entre los tamaños de efecto (pequeños a moderados) encontrados al finalizar una psicoterapia (específica o inespecífica), desaparecen en el seguimiento (Cristea et al., 2017). Nuestros resultados, en cambio, señalan una mejoría gradual desde la finalización del tratamiento hasta la evaluación final a los 12 meses, lo que reflejaría una estabilización clínica y un efecto duradero de la terapia.

En la segunda hipótesis se planteaba que los pacientes del grupo de Terapia Icónica reducirían la suicidabilidad (ideación, intentos suicidas y autolesiones no suicidas) en mayor medida que los que recibieran terapia de apoyo. En este sentido y aunque los dos grupos mejoraron de forma significativa, no se encontraron diferencias entre ambos. En cualquier caso, la suicidabilidad o riesgo de suicidio constituye una de las variables más sensibles de este estudio, especialmente a nivel de conducta suicida. Este dato cobra especial importancia teniendo en cuenta que, según un reciente metanálisis, la

frecuencia de los intentos suicidas son particularmente difíciles de controlar en adolescentes con síntomas de TLP a los 12- 24 meses de recibir psicoterapia (Wong, Bahji, & Khalid-Khan, 2019). Un estudio observacional previo sobre Terapia Icónica, realizado en un contexto hospitalario sobre una muestra de 12 sujetos (2 hombres y 10 mujeres con una edad media de 25 años), señalaba en la misma dirección de los resultados de este estudio; concretamente, se comprobó que la Terapia Icónica reducía de manera significativa ideación y conducta autoagresiva, sobre todo en el seguimiento a dos años (Santiago, Castro, Cañamero, Godoy, Valverde, & Marcos, 2005).

Con respecto a la tercera hipótesis, los pacientes que recibieran Terapia Icónica harían un menor uso de servicios de salud mental (consumo de fármacos y número de visitas a profesionales) que los que recibieran terapia de apoyo y, aunque ambos grupos redujeron el gasto, la diferencia no fue significativa. En relación con el uso de servicios por parte del paciente TLP, cabe resaltar la elevada carga económica que tal diagnóstico y sus complicaciones clínicas suponen para la sociedad, tanto por costes directos (medicación, visitas ambulatorias y reingresos hospitalarios) (Bender et al., 2006; Biagini Alarcón et al., 2005; Burns et al., 2001; Soeteman et al., 2008) como indirectos, por absentismo laboral, pérdida de productividad o prestaciones económicas (Skodol et al., 2005; Van Asselt et al., 2008). En un estudio prospectivo a 16 años, se encontró que el 40% de pacientes TLP consumía al menos 3 psicofármacos a la vez, el 20% tomaba ≥ 4 y el 10% hasta un mínimo de 5 simultáneamente, habitualmente antidepresivos, ansiolíticos, antipsicóticos y estabilizadores del ánimo en ese orden (Zanarini, Frankenburg, Reich, Harned, et al., 2015). Las elevadas tasas de medicación a las que se somete el paciente TLP, se mantienen relativamente estables a largo plazo (Zanarini, Frankenburg, Reich, Conkey, & Fitzmaurice, 2015; Zanarini, Frankenburg, Reich, Harned, et al., 2015), aun cuando no se ha demostrado claramente ni la eficacia ni la utilidad para ninguno de los fármacos (Crawford et al., 2018; Excellence, 2009;

Ingenhoven, 2015; Stoffers et al., 2010). En nuestro estudio, el 70% de la muestra consumía psicótopos en el momento basal, sin embargo, la cifra se redujo al 40% después del año de seguimiento. Los detalles sobre los psicofármacos que consumían los pacientes antes y después del estudio aparecen en la Tabla 9.

Respecto al uso ambulatorio de servicios de salud mental, el paciente TLP representa entre el 15% y el 28% de todas las visitas a centros de día y urgencias psiquiátricas (Chanen, Jovev, et al., 2008; Korzekwa, Dell, Links, Thabane, & Webb, 2008) y un 15-25% de las estancias en centros hospitalarios (Leichsenring et al., 2011a). El gasto de recursos sanitarios por parte de este tipo de colectivo es mayor que para ningún otro tipo de usuario psiquiátrico (Bender et al., 2001; Zanarini et al., 2001) y ha llegado a cuestionarse si es viable su abordaje desde el servicio público de salud (Stevenson et al., 2005; Tusiani-Eng & Yeomans, 2018). En el presente estudio, el número medio de visitas a profesionales de salud mental por parte de estos pacientes se redujo de 26 visitas en el año previo al inicio del estudio a 4 durante el seguimiento para ambos grupos.

Estaba previsto también, como cuarta hipótesis, que los pacientes que recibieran Terapia Icónica presentarían un mejor ajuste social que los que recibieran terapia de apoyo. Ambos grupos mejoraron significativamente su ajuste social tanto en el postratamiento como en el seguimiento, pero no hubo diferencia entre grupos. Tradicionalmente se ha considerado que el deterioro funcional de estos pacientes es más resistente al tratamiento que los síntomas o los propios rasgos de personalidad y, los pocos estudios que han encontrado una buena recuperación social y global a largo plazo, han sido con pacientes que habían recibido un tratamiento intensivo de larga duración (18 meses de terapia de mentalización en régimen de hospitalización parcial) (Bateman & Fonagy, 2008), que se encontraban en proceso de remisión (Skodol et al., 2005; Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich, & Silk, 2005a) o con un buen funcionamiento

familiar (Zanarini, Frankenburg, Reich, Wedig, et al., 2015). Es posible que los buenos resultados de este estudio se deban a la juventud de los participantes y a la reciente aparición de síntomas, que han posibilitado un abordaje precoz. Ciertamente, el ajuste social del paciente TLP en la comunidad suele ser bastante limitado (Cramer, Torgersen, & Kringlen, 2006; Grant et al., 2008; Lenzenweger, Lane, Loranger, & Kessler, 2007) y sus interacciones en el día a día son especialmente difíciles (Meyer et al., 2004; Signer et al., 2019). De hecho, la ansiedad que experimentan estos pacientes durante las sesiones de grupo (por ejemplo, el miedo a ser juzgados) es la principal barrera para el aprendizaje de nuevas habilidades y para su permanencia en la terapia (Barnicot, Couldrey, Sandhu, & Priebe, 2015) al impedir que cooperen y se integren durante los encuentros sociales (Renneberg et al., 2011; Saunders, Goodwin, & Rogers, 2015). En nuestro estudio encontramos que, pese a la corta duración del tratamiento (10 semanas) y a la gravedad inicial de los síntomas, tanto la Terapia Icónica como la terapia de apoyo contribuyeron a reducir la inadaptación cotidiana (equivalente a un mejor ajuste social) en el postratamiento (Terapia Icónica=15,10; terapia de apoyo =19,21) y también al año de seguimiento (Terapia Icónica= 9,82; terapia de apoyo= 16,27). La diferencia entre grupos al finalizar el estudio no alcanzó significación estadística ($p= ,246$), pero fue favorable para el grupo de Terapia Icónica. Estos resultados replican los de un estudio preliminar previo en el que la Terapia Icónica logró mejorar la capacidad global de adaptación de los pacientes (d de Cohen= -3,10; $p= ,016$) durante los 2 años que duró el estudio (Santiago, Castro, Cañamero, Godoy, Valverde, & Marcos, 2005). La forma en que se determinó la capacidad global de adaptación de los pacientes fue a partir del sumatorio de tres escalas Likert de 5 puntos creadas *ad hoc* para tal estudio: a nivel social, laboral y familiar.

En cuanto a la experiencia subjetiva y satisfacción de los pacientes con el tratamiento recibido como quinta hipótesis, se preveía que esta fuera mayor en el grupo

de Terapia Icónica que en el de terapia de apoyo. No se encontraron diferencias en cuanto a percepción de mejoría por parte de pacientes y familiares de ambos grupos, pero sí que el nivel de satisfacción con la Terapia Icónica fue significativamente mayor que el de terapia de apoyo. Por último, la adherencia a la terapia de los pacientes que recibieron Terapia Icónica fue superior que la del grupo tratado con terapia de apoyo, aunque la diferencia no alcanzó un valor significativo. Se sabe de otros estudios que una percepción positiva respecto a la terapia favorece la adherencia al tratamiento (Jacobson & Baucom, 1977) y facilita el aprendizaje de habilidades a largo plazo (García López et al., 2010), pudiendo algunos pacientes incluso llegar a reducir el número de autolesiones (suicidas y no suicidas) que se provocan durante el tratamiento (Barnicot, Gonzalez, McCabe, & Priebe, 2016). En nuestro estudio, el grupo de Terapia Icónica quedó significativamente más satisfecho que el grupo de apoyo con respecto al tratamiento recibido ($p= ,002$) y coherentemente, los pacientes tuvieron una mayor adherencia al tratamiento (70% del grupo de Terapia Icónica y 45% del de apoyo asistieron a más del 80% de las sesiones) y una menor tasa de abandonos (15% en Terapia Icónica y 25% en terapia de apoyo; $p= ,429$), diferencia que no alcanzó un valor estadísticamente significativo pero permite corroborar parcialmente la sexta hipótesis.

En conjunto, los datos permiten hablar de factibilidad, efectividad, utilidad y buena aceptación de la Terapia Icónica en el medio clínico real, lo cual contrasta con la escasez de tratamientos psicoterapéuticos ofrecidos en la asistencia pública y con la alta tasa de abandonos terapéuticos (de entre el 24 y el 58%) encontrada en los estudios sobre intervenciones grupales con pacientes TLP (Landes et al., 2016), que es la nota dominante en la mayoría de intervenciones grupales con esta población (Biagini Alarcón et al., 2005; Budman, Demby, Soldz, & Merry, 1996; McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014; Schuppert et al., 2009): se ha llegado a considerar a estos pacientes como no son aptos para recibir terapia de grupo (Biagini Alarcón et al., 2005).

Es necesaria no obstante la realización de nuevos estudios para replicar los resultados obtenidos e identificar la contribución de cada uno de los factores de la terapia, específicos (iconos, orden en que se imparten los módulos, formato de las sesiones y efecto de dosis/respuesta del terapeuta) e inespecíficos, como la precocidad de la intervención (Chanen et al., 2015; Paris, 2013), su estructuración (Bateman & Fonagy, 2009b; McMain et al., 2009), brevedad (Fiorini, 2000; Paris, 2013), el régimen ambulatorio e intensivo de sus sesiones (Beutler et al., 2016; Jørgensen et al., 2013; Padilla Torres et al., 2017; Stringer et al., 2011), el ambiente de seguridad para la interacción entre iguales (Choi-Kain et al., 2016b), la accesibilidad del tratamiento (Bateman, Campbell, Luyten, & Fonagy, 2018) o la implicación familiar (Larrivée, 2013; Miller, Rathus, & Linehan, 2007), aunque parece que todos los elementos psicoterapéuticos interactúan entre sí de manera compleja para producir beneficios (Hoffart, Borge, Sexton, Clark, & Wampold, 2012).

7. IMPLICACIONES CLÍNICAS

La alta prevalencia de personas con TLP, el retraso de su diagnóstico, la elevada carga asistencial en el sistema público de salud y la poca accesibilidad a los programas específicos, condicionan los malos resultados y el pesimismo en el pronóstico evolutivo de personas con TLP. Existen tratamientos psicológicos reglados y con buena evidencia científica para este trastorno, pero su implementación conlleva generalmente largos periodos de tiempo, la disponibilidad de terapeutas entrenados en su aplicación y un elevado coste económico, por lo que son escasos los dispositivos de salud mental que pueden ofrecer programas de tratamiento para el TLP. Algunas de las medidas que podrían mejorar, tal vez, el panorama actual del TLP y de otros trastornos mentales graves en situación similar, serían ofrecer tratamientos verdaderamente integradores, que actuasen sobre los procesos subyacentes más comunes (no específicos para cada patología) y priorizaran los factores de protección/ fortalezas de la patología (no sólo sobre vulnerabilidad), ofreciéndose en el momento óptimo (Tortella-Feliu et al., 2016). Igualmente importante sería su aplicación escalonada y adaptada tanto a las necesidades de cada paciente como a los recursos de los que dispone la sanidad pública (Rao, Heidari & Broadbear, 2020). La Terapia Icónica parece cumplir tales requisitos: se centra en fortalecer los aspectos positivos del paciente con inestabilidad emocional (no solo TLP) mediante el uso integrado de diferentes técnicas que son aplicadas en formato grupal e individual y adaptándose a las peculiaridades de cada caso. Además, el hecho de haber surgido de la práctica clínica en el contexto de un hospital español tiene tres implicaciones importantes: 1. Las explicaciones sobre cada icono no necesitan adaptarse a la cultura española 2. La transculturalidad de los iconos puede facilitar su uso en otros países y 3. Cada módulo recoge un objetivo general y da lugar a distintos objetivos específicos, lo que resulta cómodo para cualquier terapeuta

8. FORTALEZAS Y DEBILIDADES

En primer lugar, se trata de un estudio empírico realizado en un contexto real y no en centros de excelencia ni laboratorios. Otra fortaleza es que la terapia ha sido aplicada por terapeutas no especializados en TLP que recibieron entrenamiento para la realización del estudio, lo que demuestra su fácil implementación y abre la posibilidad de futuros estudios de replicación. Debido a la juventud de los participantes y a su reciente incorporación al servicio de salud mental, no se evaluó la comorbilidad psiquiátrica, ni las psicoterapias recibidas en los últimos 2 años, ni la adherencia al tratamiento farmacológico. Tampoco se emplearon estrictos criterios de exclusión y únicamente se descartó a los pacientes con personalidad antisocial (para evitar posibles intentos de boicoteo del grupo) y a aquellos cuyo consumo de tóxicos fuera importante (en ese caso, existiría riesgo de abandono del tratamiento). El hecho de incluir pacientes con elevado riesgo suicida es otra aportación importante porque tradicionalmente, los estudios sobre TLP no han medido suicidabilidad (ideación, intentos suicidas y autolesiones no suicidas), menos aun si las intervenciones han sido breves (por ejemplo, STEPPS). Por otro lado, la evaluación de variables a largo plazo permite constatar el mantenimiento del efecto de la terapia a los 12 meses de finalización del tratamiento. Además, la baja tasa de abandonos y la evaluación favorable de la terapia por parte de los participantes jóvenes con síntomas agudos que piden ayuda demuestra su aceptabilidad y augura su fácil introducción en la cartera de servicios de salud mental. También nos hace pensar en la conveniencia de realizar adaptaciones por rangos de edad o tipos de población: niños pequeños, amas de casa, ... pues existen manuales para su formación y el entrenamiento no requiere mucho tiempo.

No obstante, el estudio cuenta también con algunas limitaciones. La no realización de un diagnóstico clínico mediante entrevista estructurada resta fiabilidad a la homogeneidad de la muestra, que fue seleccionada en base a cuestionarios autoaplicados y *check lists* de síntomas de TLP. Las terapias manualizadas permiten una implementación fidelizada, aunque pueden también dificultar el manejo de conductas que interfieren en la terapia. No obstante, el manual de Terapia Icónica es suficientemente flexible como para abordar las posibles contingencias que sobrevengan a lo largo de la terapia mediante sesiones individuales de refuerzo. También es cierto que ofrecer sesiones individuales a demanda puede perjudicar la homogeneidad de resultados de nuestro estudio, pero es mandatorio intervenir en caso de aparición o agravamiento de los síntomas autolíticos cuando se trata de personas con riesgo de suicidio. Actualmente, 4 de los participantes del estudio siguen en contacto con la investigadora principal. Se evaluaron los efectos de ambas terapias sobre distintos aspectos del TLP, pero no se midieron los mecanismos de cambio sobre los que específicamente interviene la Terapia Icónica (**inestabilidad emocional** como aspecto común de diferentes trastornos), pues el objetivo era comparar su eficacia con la de otras terapias para TLP. Algunos pacientes fueron reclutados en un centro concertado (N= 2, equivalente al 5% de la muestra), pero sus características no diferían de las de los reclutados en centros públicos. El número de derivaciones fue reducido y la muestra no alcanzó el tamaño esperado. Con un mayor tamaño muestral, quizás se podrían encontrar diferencias entre los dos grupos en cuanto a la eficacia de las terapias, ya que los resultados apuntan a una cierta ventaja de la Terapia Icónica que además se va haciendo mayor con el tiempo (la diferencia es mayor en el seguimiento que al terminar la terapia). Esto podría indicar algo que se observa también en la práctica clínica y es que el paso del tiempo ayuda a afianzar (e incluso automatizar) el uso de los iconos a largo plazo.

9. CONCLUSIONES

Según los resultados de los análisis realizados, tanto la Terapia Icónica como la terapia de apoyo resultaron efectivas para tratar a personas jóvenes con síntomas de TLP e ideación suicida.

No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas terapias en cuanto a la reducción de sintomatología del TLP y al resto de variables secundarias (suicidabilidad, uso de servicios de salud mental y ajuste social). No obstante, el nivel de resultados es similar al que alcanzan otros tratamientos específicos para TLP, según distintas revisiones sistemáticas y metanálisis con adolescentes y adultos TLP. La variable “satisfacción con la terapia” sí que resultó más favorable en el grupo que recibió la Terapia Icónica.

La estructuración y brevedad del programa de Terapia Icónica, con sus estrategias preventivas aplicadas de manera escalonada y la buena aceptación por parte de los pacientes, hacen que sea una buena alternativa para la población joven con síntomas agudos de TLP, sobre todo teniendo en cuenta la escasa accesibilidad de la que gozan otros tratamientos, como la TDC o la Terapia de Mentalización, por la especialización y el número de recursos sanitarios requeridos.

En cualquier caso, sería conveniente realizar estudios con muestras más amplias que tengan la potencia necesaria para detectar pequeños tamaños de efecto y definir el peso relativo de los distintos elementos que componen la Terapia Icónica (iconos, estructuración del programa, orden en que se imparten los módulos, formato de las sesiones, efecto de dosis/respuesta del terapeuta y duración de la terapia) y elaborar psicoterapias cada vez más eficaces a largo plazo.

10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable siguiendo las pautas establecidas en la Guía CONSORT y en las Guías de Buenas Prácticas y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes según el Reglamento General de Protección de Datos de la Unión Europea (RGPD).

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de pacientes y/o sujetos referidos en el manuscrito. Este documento obra en poder de la investigadora principal.

Conflicto de intereses. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

11. BIBLIOGRAFÍA

- Akiskal, H. S., Djenderedjian, A. H., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977).
Cyclothymic disorder: Validating criteria for inclusion in the bipolar affective
group. *American Journal of Psychiatry*, *134*(11), 1227–1233.
<https://doi.org/10.1176/ajp.134.11.1227>
- Al-Halabí, S., Sáiz, P. A., Burón, P., Garrido, M., Benabarre, A., Jiménez, E., ... Bobes,
J. (2016). Validación de la versión en español de la Columbia-Suicide Severity
Rating Scale (Escala Columbia para Evaluar el Riesgo de Suicidio). *Revista de
Psiquiatría Y Salud Mental*, *9*(3), 134–142.
<https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.02.002>
- Alexander, F., & Ross, H. (Eds.). (1952). *Dynamic psychiatry*. University of Chicago
Press.
- Alexander, K. (2006). Peer support for borderline personality disorder: meeting the
challenge through partnership and collaboration. (p. Presentation at Yale
University of Medicine & Nati).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorders, Fourth Edition*.
- American Psychiatric Association. (2014a). American Psychiatric Association DSM-5.
Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5®. *Editorial
Médica Panamericana*. <https://doi.org/10.3748/wjg.v18.i17.2076>
- American Psychiatric Association. (2014b). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los
Trastornos Mentales - DSM-5*.

- American Psychiatric Association Publishing. (2019). *The implementation of good psychiatric management in ten sessions: In: Choi-Klain, L. & Gunderson, J (eds.) Application of good psychiatric management for borderline personality disorder: a practical guide.* (Vol. 11).
- American Psychological Association. (2000). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. DSM-IV-TR.
- Andalucía, J. de. (2012). Atención a las personas con Trastorno Límite de Personalidad en Andalucía. II Plan integral de Salud mental de Andalucía. Sevilla. Documento Técnico. *Consejería de Salud Y Bienestar, Depósito L.*
- Anderson, J. R. (1978). Arguments Concerning Representations for Mental Imagery. *Psychological Reviews*, 85(4), 249–276.
- Andión, Ó., Vinardell, M. F., Matalí, J. L., Álvarez-Cienfuegos, L., Valero, S., Navarro, J. A., ... Casas, M. (2008). Borderline personality disorder diagnosis: Concordance between clinical and semistructured interview evaluation. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 36(3), 144–150.
- Andover, M. S., Pepper, C. M., Ryabchenko, K. A., Orrico, E. G., & Gibb, B. E. (2005). Self-Mutilation and Symptoms of Depression, Anxiety, and Borderline Personality Disorder. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 35(5), 581–591.
<https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.5.581>
- Anestis, M. D., Bagge, C. L., Tull, M. T., & Joiner, T. E. (2011). Clarifying the role of emotion dysregulation in the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior in an undergraduate sample. *Journal of Psychiatric Research*, 45(5), 603–611. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2010.10.013>

- Anestis, M. D., Bender, T. W., Selby, E. A., Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2011). Sex and emotion in the acquired capability for suicide. *Archives of Suicide Research*, *15*(2), 172–182. <https://doi.org/10.1080/13811118.2011.566058>
- Anestis, M. D., Gratz, K. L., Bagge, C. L., & Tull, M. T. (2012). The interactive role of distress tolerance and borderline personality disorder in suicide attempts among substance users in residential treatment. *Comprehensive Psychiatry*, *53*(8), 1208–1216. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.04.004>
- Arble, E. y Krusean, L. (2018). *Borderline personality disorder*. Maragakis A. Y O'Donohue, W. (Eds.) *Principle-Based stepped care and brief psychotherapy for integrated care-settings*.
- Arens, E. A., Stopsack, M., Spitzer, C., Appel, K., Dudeck, M., Völzke, H., ... Barnow, S. (2013). Borderline personality disorder in four different age groups: A cross-sectional study of community residents in Germany. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 196–207. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_072
- Arntz, A & van Genderen, H. (2009). *Schema Therapy for Borderline Personality Disorder* Chichester: Wiley. *Wiley*.
- Asarnow, J. R., Porta, G., Spirito, A., Emslie, G., Clarke, G., Wagner, K. D., ... Brent, D. A. (2011). Suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the treatment of resistant depression in adolescents: Findings from the TORDIA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *50*(8), 772–781. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2011.04.003>
- Association, A. P. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd Edition*.

- Association, A. P. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.
- Association, A. P. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder.
- Atmaca, M., Kuloglu, M., Tezcan, E., Gecici, O., & Ustundag, B. (2002). Serum cholesterol and leptin levels in patients with borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, 45(4), 167–171. <https://doi.org/10.1159/000063665>
- Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006, October 1). Borderline personality disorder, stigma, and treatment implications. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2014). Supporting a person with personality disorder: A study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 796–809. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. S. (2015). The relationship between expressed emotion and wellbeing for families and carers of a relative with borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 9(1), 21–32. <https://doi.org/10.1002/pmh.1273>
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is More: Meta-Analyses of Sensitivity and Attachment Interventions in Early Childhood. *Psychological Bulletin*, 129(2), 195–215. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.195>
- Banzhaf, A., Ritter, K., Merkl, A., Schulte-Herbrüggen, O., Lammers, C. H., & Roepke, S. (2012). Gender differences in a clinical sample of patients with borderline

personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26(3), 368–380.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.3.368>

Barlow, D.H & Farchione, T. J. (eds. . (2017). Application of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders. *Nueva York: Oxford University Press.*

Barnicot, K., Couldrey, L., Sandhu, S., & Priebe, S. (2015). Overcoming barriers to skills training in borderline personality disorder: A Qualitative interview study. *PLoS ONE*, 10(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0140635>

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 52, 147–156. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.04.006>

Barnicot, K., Katsakou, C., Bhatti, N., Savill, M., Fearn, N., & Priebe, S. (2012). Factors predicting the outcome of psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.04.004>

Barnicot, K., & Priebe, S. (2013). Post-traumatic stress disorder and the outcome of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 7(3), 181–190. <https://doi.org/10.1002/pmh.1227>

Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Álvarez, E., ... Pérez Sola, V. (2004). Validación de la versión española de la Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32(5), 293–298.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2006). Mentalization- based treatment for borderline

personality disorder: a practical guide. *New York: Oxford University Press.*

Bateman, A & Krawitz, R. (2014). *Borderline personality disorder: an evidence-based guide for generalist mental health professionals. Oxford University Press.*

Bateman, A., Campbell, C., Luyten, P., & Fonagy, P. (2018). A mentalization-based approach to common factors in the treatment of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.005>

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, *156*(10), 1563–1569.
<https://doi.org/10.1176/ajp.156.10.1563>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-Year follow-up of patients treated for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *165*(5), 631–638.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009a). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2009b). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>

Bateman, A., & Fonagy, P. (2013). Impact of clinical severity on outcomes of mentalisation-based treatment for borderline personality disorder. *British Journal*

of Psychiatry, 203(3), 221–227. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.121129>

Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61394-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61394-5)

Beatson, J., & Rao, S. (2014). Psychotherapy for borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry*, 22(6), 529–532.

Beatson, J. (2019). Making psychological treatments for borderline personality disorder available. *Australasian Psychiatry*, 27(6), 545–546.
<https://doi.org/10.1177/1039856219883791>

Beauchaine, T. P., Klein, D. N., Crowell, S. E., Derbidge, C., & Gatzke-Kopp, L. (2009). Multifinality in the development of personality disorders: A Biology × Sex × Environment interaction model of antisocial and borderline traits. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579409000418>

Beautrais, A. L., & New Zealand. Ministry of Health. (2005). *Suicide prevention : a review of evidence of risk and protective factors, and points of effective intervention*. Ministry of Health.

Beblo, T., Mensebach, C., Wingenfeld, K., Rullkoetter, N., Schlosser, N., & Driessen, M. (2014). Subjective memory complaints and memory performance in patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 14(1).
<https://doi.org/10.1186/s12888-014-0255-2>

Beck, A.T & Freeman, A. (1995). *beck y freeman terapia cognitiva de los trastornos de personalidad*. Paidós. Retrieved from
<https://www.google.com/search?q=beck+y+freeman+terapia+cognitiva+de+los+trastornos+de+personalidad&sxsrf=ALeKk01YvM->

k8MqhGe9rfoYpF_JNSA87bQ:1588102504966&tbm=isch&source=iu&ictx=1&fi
r=JYkWwMnMkzFotM%253A%252CiF3i3eOoaNng8M%252C%252Fg%252F12
bmtftq5&vet=1&u

- Becker, D. F., Grilo, C. M., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2002). Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, *159*(12), 2042–2047. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2042>
- Beesdo, K., Knappe, S., & Pine, D. S. (2009, September). Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. NIH Public Access. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2009.06.002>
- Bellino, S., Paradiso, E., & Bogetto, F. (2008). Efficacy and tolerability of pharmacotherapies for borderline personality disorder. *CNS Drugs*. <https://doi.org/10.2165/00023210-200822080-00005>
- 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>
- 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. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(2), 295–302. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Bender, D. S., Skodol, A. E., Pagano, M. E., Dyck, I. R., Grilo, C. M., Shea, M. T., ...

Gunderson, J. G. (2006). Prospective assessment of treatment use by patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 57(2), 254–257.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.254>

Berlin, H. A., Rolls, E. T., & Iversen, S. D. (2005). Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. *American Journal of Psychiatry*, 162(12), 2360–2373. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.12.2360>

Bernanke, J., & McCommon, B. (2018). Training in good psychiatric management for borderline personality disorder in residency: An aide to learning supportive psychotherapy for challenging-to-treat patients. *Psychodynamic Psychiatry*. <https://doi.org/10.1521/pdps.2018.46.2.181>

Berrios, G. E. (1993). European views on personality disorders: A conceptual history. *Comprehensive Psychiatry*, 34(1), 14–30. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(93\)90031-X](https://doi.org/10.1016/0010-440X(93)90031-X)

Bertsch, K., Gamer, M., Schmidt, B., Schmidinger, I., Walther, S., Kästel, T., ... Herpertz, S. C. (2013). *Oxytocin and Reduction of Social Threat Hypersensitivity in Women With Borderline Personality Disorder*. *Am J Psychiatry* (Vol. 170). Retrieved from www.fil.ion.ucl.ac.uk/spm/software/spm8/

Beutler, L. E., Someah, K., Kimpara, S., & Miller, K. (2016). Selecting the most appropriate treatment for each patient. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 16(1), 99–108. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2015.08.001>

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

52–60.

Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Psychological therapies for people with borderline personality disorder (Review). *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1), CD005652.

Binks, C., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E., & Duggan, C. (2006). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder. In *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.cd005653>

Biskin, R. S. (2013). Treatment of borderline personality disorder in youth. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 22(3), 230–234.
Retrieved from /pmc/articles/PMC3749897/?report=abstract

Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Medicale Canadienne*, 184(16), 1789–1794. <https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>

Biskin, R. S., Paris, J., Renaud, J., Raz, A., & Zelkowitz, P. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20(3), 168–174.

Black, D. W., Allen, J., St. John, D., Pfohl, B., McCormick, B., & Blum, N. (2009). Predictors of response to Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality disorder: An exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 120(1), 53–61.
<https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2008.01340.x>

Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline

personality disorder: Prevalence, risk factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>

Blashfield, R. K., & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, *157*(3), 472–473. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.3.472>

Blay, C. (1996). Actuación ante los pacientes de trato difícil. *FMC*, *4*, 243–250.

Bleiberg, E., Rossouw, T., & Fonagy, P. (2012). Adolescent breakdown and emerging borderline personality disorder. In *Handbook of mentalizing in mental health practice. BT - Handbook of mentalizing in mental health practice*. (pp. 463–509).

Retrieved from

http://ezproxy.library.yorku.ca/login?url=http://search.proquest.com/docview/915044972?accountid=15182%5Cnhttp://sfx.scholarsportal.info/york?url_ver=Z39.88-2004&rft_val_fmt=info:ofi/fmt:kev:mtx:book&genre=bookitem&sid=ProQ:PsychINFO&atitle=Adolescent+brea

Bluck, S., & Liao, H.-W. (2013). I Was Therefore I Am: Creating Self-Continuity Through Remembering Our Personal Past. *The International Journal of Reminiscence and Life Review*, *1*(1), 7–12. Retrieved from

<http://www.ijrlr.org/ojs/index.php/IJRLR>

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. *American Journal of Psychiatry*, *165*(4), 468–478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>

- Bode, K., Vogel, R., Walker, J., & Kröger, C. (2017). Health care costs of borderline personality disorder and matched controls with major depressive disorder: a comparative study based on anonymized claims data. *European Journal of Health Economics*, *18*(9), 1125–1135. <https://doi.org/10.1007/s10198-016-0858-2>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T., & Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, *15*(1), 1–12. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0380-y>
- Bohus, M., Dyer, A. S., Priebe, K., Krüger, A., Kleindienst, N., Schmahl, C., ... Steil, R. (2013). Dialectical behaviour therapy for post-traumatic stress disorder after childhood sexual abuse in patients with and without borderline personality disorder: A randomised controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *82*(4), 221–233. <https://doi.org/10.1159/000348451>
- Bohus, M., Kleindienst, N., Limberger, M. F., Stieglitz, R. D., Domsalla, M., Chapman, A. L., ... Wolf, M. (2009). The short version of the Borderline Symptom List (BSL-23): Development and initial data on psychometric properties. *Psychopathology*, *42*(1), 32–39. <https://doi.org/10.1159/000173701>
- Borkovec, T. D., & Nau, S. D. (1972). Credibility of analogue therapy rationales. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *3*(4), 257–260. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(72\)90045-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(72)90045-6)
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: A longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, *21*(4),

1335–1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>

- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a direct effect of childhood abuse on adult borderline personality disorder traits: A longitudinal discordant twin design. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 180–194. <https://doi.org/10.1037/a0028328>
- Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. P. M. (2010). A Randomized Controlled Trial of a Dutch Version of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving for Borderline Personality Disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(4), 299–304. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181d619cf>
- Bouchard, S., Godbout, N., & Sabourin, S. (2009). Sexual attitudes and activities in women with Borderline Personality Disorder involved in romantic relationships. *Journal of Sex and Marital Therapy, 35*(2), 106–121. <https://doi.org/10.1080/00926230802712301>
- Brassington, J., & Krawitz, R. (2006). Australasian dialectical behaviour therapy pilot outcome study: Effectiveness, utility and feasibility. *Australasian Psychiatry, 14*(3), 313–319. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1665.2006.02285.x>
- Brettschneider, C., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2014). A systematic review of economic evaluations of treatments for borderline personality disorder. *PLoS ONE, 9*(9). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0107748>
- Brickell, C. M. (2018). Diagnosis and Treatment of Borderline Personality Disorder in the College Mental Health Setting. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-018-0905-z>

- Broadbear, J. H., Dwyer, J., Bugeja, L., & Rao, S. (2020). Coroners' investigations of suicide in Australia: The hidden toll of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Research*. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.07.007>
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A., & Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: A 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*(3), 371–377.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.3.371>
- Brown, M. Z., Anne Comtois, K., Linehan, M. M., Linehan We thank Angela Murray, M. M., Adams, K., Fox, S., ... Schmidt, H. (2002). Reasons for Suicide Attempts and Nonsuicidal Self-Injury in Women With Borderline Personality Disorder, *III*(1), 198–202. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.111.1.198>
- Brüne, M., Dimaggio, G., & Edell, M. A. (2013). Mentalization-based group therapy for inpatients with borderline personality disorder: Preliminary findings. *Clinical Neuropsychiatry*, *10*(5), 196–201.
- Brunner, R., Parzer, P., Haffner, J., Steen, R., Roos, J., Klett, M., & Resch, F. (2007). Prevalence and psychological correlates of occasional and repetitive deliberate self-harm in adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, *161*(7), 641–649. <https://doi.org/10.1001/archpedi.161.7.641>
- Budman, S. H., Demby, A., Soldz, S., & Merry, J. (1996). Time-limited group psychotherapy for patients with personality disorders: Outcomes and dropouts. *International Journal of Group Psychotherapy*, *46*(3), 357–377.
<https://doi.org/10.1080/00207284.1996.11490785>
- Burke, J. D., & Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline

personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 35–44. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9558-7>

Burns, T., Knapp, M., Catty, J., Healey, A., Henderson, J., Watt, H., & Wright, C. (2001). Home treatment for mental health problems: A systematic review. *Health Technology Assessment*. <https://doi.org/10.3310/hta5150>

Bush, G., Luu, P., & Posner, M. (2000). Cognitive and emotional influences in anterior cingulate cortex. *Trends in Cognitive Sciences*, 4(6), 215–222. [https://doi.org/10.1016/S1364-6613\(00\)01483-2](https://doi.org/10.1016/S1364-6613(00)01483-2)

Butcher, J.N., Graham, J.R, Ben-Porath, Y.S., Tellegen, A., Dahlstrom, W.G. y Kaemmer, B. (2019). MMPI-2. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 (4a Ed.). Madrid: TEA Ediciones., (A. Ávila.

Byrne, G., & Egan, J. (2018). A Review of the Effectiveness and Mechanisms of Change for Three Psychological Interventions for Borderline Personality Disorder. *Clinical Social Work Journal*, 46(3), 174–186. <https://doi.org/10.1007/s10615-018-0652-y>

Caballo, V.E & Valenzuela, J. (2001). Evaluación de los trastornos de personalidad por medio de un instrumento de autoinforme: el CEPER. *Psicología Conductual*, 9(3), 551–564.

Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Manual de trastornos de la personalidad Descripción, evaluación y tratamiento*. <https://doi.org/84-9756-210-0>

Caballo, V. E. (2013). Los trastornos de la personalidad en el DSM-5: Una oportunidad perdida para el progreso del campo. *Behavioral Psychology/ Psicología*

Conductual, 21(1), 215–220.

Caballo, V. E., Guillén, J. L., Salazar, I. C., & Irturia, M. J. (2011). Personality styles and personality disorders: Psychometric characteristics of the "Exploratory Questionnaire of Personality-III" (CEPER-III). *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 19(2).

Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current Psychiatry Reports*.
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>

Carrasco, J. L., Tajima-Pozo, K., Díaz-Marsá, M., Casado, A., López-Ibor, J. J., Arrazola, J., & Yus, M. (2012). Microstructural white matter damage at orbitofrontal areas in borderline personality disorder. *Journal of Affective Disorders*, 139(2), 149–153. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.019>

Cavicchioli, M., & Maffei, C. (2019). Rejection Sensitivity in Borderline Personality Disorder and the Cognitive-Affective Personality System: A Meta-Analytic Review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*.
<https://doi.org/10.1037/per0000359>

Cervera, G., & Martínez-Raga, J. (2005). Trastorno límite de la personalidad: paradigma de la comorbilidad psiquiátrica. *Ed. Médica Panamericana*.

Chabrol, H., & Raynal, P. (2018). The co-occurrence of autistic traits and borderline personality disorder traits is associated to increased suicidal ideation in nonclinical young adults. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 141–143.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2018.02.006>

Chakhssi, F., Zoet, J. M., Oostendorp, J. M., Noordzij, M. L., & Sommers-Spijkerman,

M. (2019). Effect of Psychotherapy for Borderline Personality Disorder on Quality of Life: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Personality Disorders*, 1–15. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_439

Chambless, D., Baker, A., Baucom, D., Beutler, L., Calhoun, K., & Crits-Christoph, P. (1998). Update on empirically validated therapies II. *The Clinical Psychologist*, 51(1), 3–16.

Chanen, A., Jackson, H., Cotton, S. M., Gleeson, J., Davey, C. G., Betts, J., ... McCutcheon, L. (2015). Comparing three forms of early intervention for youth with borderline personality disorder (the MOBY study): Study protocol for a randomised controlled trial. *Trials*, 16(1). <https://doi.org/10.1186/s13063-015-1001-x>

Chanen, A. M. (2011). Outcomes in women diagnosed with borderline personality disorder in adolescence: Early detection and timely intervention are fundamental. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.

Chanen, A. M. (2015). Borderline Personality Disorder in Young People: Are We There Yet? *Journal of Clinical Psychology*, 71(8), 778–791. <https://doi.org/10.1002/jclp.22205>

Chanen, A. M., Berk, M., & Thompson, K. (2016). Integrating early intervention for borderline personality disorder and mood disorders. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000105>

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Hok, P. Y., ... McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: Randomised controlled trial.

British Journal of Psychiatry, 193(6), 477–484.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>

Chanen, A. M., Jovev, M., Djaja, D., McDougall, E., Pan Yuen, H., Rawlings, D., ...

Youth Health, O. (2008). *SCREENING FOR BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN OUTPATIENT YOUTH*. *Journal of Personality Disorders* (Vol. 22).

Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 297–306. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0217>

Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>

Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: Current status and recent evidence. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119180>

Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., 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*. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000351876.51098.f0>

Chapman, A. L., Derbidge, C. M., Cooney, E., Hong, P. Y., & Linehan, M. M. (2009). Temperament as a prospective predictor of self-injury among patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(2), 122–140. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.122>

Chaput, Y.J.A & Level, M. J. (2007). Demographic and Clinical Profiles of Patients

Who Make Multiple Visits to Psychiatric Emergency Services Article in
Psychiatric Services . *Psychiatric Services*, 58, 335–341.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.3.335>

Charbon, P., Kramer, U., Droz, J. & Kolly, S. (2019). *The implementation of good psychiatric management in ten sessions. In: Choi-Klain& Gunderson (eds.) Application of good psychiatric management ifor borderline personality disorder: a practical guide* (Vol. 11).

Cheng, A., Chen, T., Chwen-Chen, C., & Jenkins, R. (2000). Psychosocial and psychiatric risk factors for suicide: Case-control psychological autopsy study. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 360–365. Retrieved from <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/psychosocial-and-psychiatric-risk-factors-for-suicide/BDB9D7CC3880207A1CEFE27257FA7FD0>

Chiesa, M., & Fonagy, P. (2007). Prediction of medium-term outcome in cluster B personality disorder following residential and outpatient psychosocial treatment. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(6), 347–353.
<https://doi.org/10.1159/000107562>

Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016a). Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 342–356. <https://doi.org/10.1097/hrp.0000000000000113>

Choi-Kain, L. W., Albert, E. B., & Gunderson, J. G. (2016b). Evidence-Based Treatments for Borderline Personality Disorder: Implementation, Integration, and Stepped Care. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000113>

- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Choudhury, S., Blakemore, S. J., & Charman, T. (2006). Social cognitive development during adolescence. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(3), 165–174. <https://doi.org/10.1093/scan/nsl024>
- Cicchetti, D., & Rogosch, F. A. (2002). A developmental psychopathology perspective on adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.70.1.6>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922–928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Coccaro, E. F., Kavoussi, R. J., Hauger, R. L., Cooper, T. B., & Ferris, C. F. (1998). Cerebrospinal Fluid Vasopressin Levels. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 708. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.708>
- Coccaro, E. F., Lee, R., & McCloskey, M. (2003). Norepinephrine Function in Personality Disorder: Plasma Free MHPG Correlates Inversely with Life History of Aggression. *CNS Spectrums*, 8(10), 731–736. <https://doi.org/10.1017/S1092852900019106>
- Cohen, P. (2008). Child Development and Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.005>

- Cohen, P., Crawford, T. N., Johnson, J. G., & Kasen, S. (2005). The children in the community study of developmental course of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.466>
- Coid, J., Yang, M., Bebbington, P., Moran, P., Brugha, T., Jenkins, R., ... Ullrich, S. (2009). Borderline personality disorder: Health service use and social functioning among a national household population. *Psychological Medicine*, *39*(10), 1721–1731. <https://doi.org/10.1017/S0033291708004911>
- Colton, C. W., & Manderscheid, R. W. (2006). Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Preventing Chronic Disease*, *3*(2), 1–14.
- Conway, C. C., Hopwood, C. J., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2018). Borderline personality disorder is equally trait-like and state-like over ten years in adult psychiatric patients. *Journal of Abnormal Psychology*, *127*(6), 590–601. <https://doi.org/10.1037/abn0000364>
- Conway, M. A., & Dewhurst, S. A. (1995). The self and recollective experience. *Applied Cognitive Psychology*, *9*(1), 1–19. <https://doi.org/10.1002/acp.2350090102>
- Conway, M. A., Singer, J. A., & Tagini, A. (2004). The self and autobiographical memory: Correspondence and coherence. *Social Cognition*. <https://doi.org/10.1521/soco.22.5.491.50768>
- Costa-Ortiz, A. (2012). Terapia icónica grupal para el tratamiento de la inestabilidad emocional: estudio piloto en un centro de atención primaria (CAP). *Revista de Investigación Científica*, *3*, 4–27.
- Cottraux, J., Note, I. D., Boutitie, F., Milliery, M., Genouihlac, V., Yao, S. N., ...

Gueyffier, F. (2009). Cognitive therapy versus Rogerian supportive therapy in borderline personality disorder: Two-year follow-up of a controlled pilot study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78(5), 307–316.
<https://doi.org/10.1159/000229769>

Council, N. H. and M. R. (2012). *Clinical practice guidelines for the management of borderline personality disorder. Melbourne, Australia: National Health and Medical Research Council.*

Coyle, T. N., Shaver, J. A., & Linehan, M. M. (2018). On the potential for iatrogenic effects of psychiatric crisis services: The example of dialectical behavior therapy for adult women with borderline personality disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 86(2), 116–124. <https://doi.org/10.1037/ccp0000275>

Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178–184.
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>

Crawford, M. J., Sanatinia, R., Barrett, B., Cunningham, G., Dale, O., Ganguli, P., ... Reilly, J. G. (2018). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of lamotrigine in borderline personality disorder: A randomized placebo-controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 175(8), 756–764.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>

Crick, N. R., Murray-Close, D., & Woods, K. (2005). Borderline personality features in childhood: A short-term longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1051–1070. <https://doi.org/10.1017/S0954579405050492>

Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017).

Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>

Crits-Christoph, P., & Mintz, J. (1991). Implications of Therapist Effects for the Design and Analysis of Comparative Studies of Psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 20–26. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.20>

Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510.

<https://doi.org/10.1037/a0015616>

D'Abate, L., Delvecchio, G., Ciappolino, V., Ferro, A., & Brambilla, P. (2020). Borderline personality disorder, metacognition and psychotherapy. *Journal of Affective Disorders*, <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.07.117>

D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107–126.

<https://doi.org/10.1037/h0031360>

Davidson, K. M., & Tran, C. F. (2014). Impact of treatment intensity on suicidal behavior and depression in borderline personality disorder: A critical review. *Journal of Personality Disorders*, 28(2), 181–197.

https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_113

Davidson, K. M., Tyrer, P., Norrie, J., Palmer, S. J., & Tyrer, H. (2010). Cognitive therapy v. usual treatment for borderline personality disorder: Prospective 6-year follow-up. *British Journal of Psychiatry*, 197(6), 456–462.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.074286>

De Clercq, B., Decuyper, M., & De Caluwé, E. (2014). Developmental manifestations of borderline personality pathology from an age-specific dimensional personality disorder trait framework. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 81–94). https://doi.org/10.1007/978-1-4939-0591-1_7

De Groot, E. R., Verheul, R., & Trijsburg, R. W. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 332–352. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.332>

Deckers, J. W. M., Lobbestael, J., van Wingen, G. A., Kessels, R. P. C., Arntz, A., & Egger, J. I. M. (2015). The influence of stress on social cognition in patients with borderline personality disorder. *Psychoneuroendocrinology*, 52(1), 119–129. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2014.11.003>

Denny, B. T., Fan, J., Fels, S., Galitzer, H., Schiller, D., & Koenigsberg, H. W. (2018). Sensitization of the neural salience network to repeated emotional stimuli following initial habituation in patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 175(7), 657–664. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17030367>

Depue, R. A., & Lenzenweger, M. F. (2005). A Neurobehavioral Dimensional Model of Personality Disturbance. *Major Theories of Personality Disorder (2nd Ed)*.

Retrieved from

<http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=psyc4&NEWS=N&AN=2005-02797-008>

DeShong, H. L., Grant, D. M. M., & Mullins-Sweatt, S. N. (2019). Precursors of the emotional cascade model of borderline personality disorder: The role of neuroticism, childhood emotional vulnerability, and parental invalidation. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(4), 317–329. <https://doi.org/10.1037/per0000330>

Dilazzero, D. B. (2003). Addressing self-injury in a college environment: A psychoeducational program. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, *64*(3–B), 1486. Retrieved from <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=psyc4&AN=2003-95018-285>

Disorder, N. I. of M. H. . B. P. (2015). . Borderline Personality Disorder.

Doell, K. C., Olié, E., Courtet, P., Corradi-Dell'Acqua, C., Perroud, N., & Schwartz, S. (2020). Atypical processing of social anticipation and feedback in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*, *25*, 102126. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.102126>

Doering, S., Enzi, B., Faber, C., Hinrichs, J., Bahmer, J., & Northoff, G. (2012). Personality Functioning and the Cortical Midline Structures - An Exploratory fMRI Study. *PLoS ONE*, *7*(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0049956>

Doering, S., Hörz, S., Rentrop, M., Fischer-Kern, M., Schuster, P., Benecke, C., ... Buchheim, P. (2010). Transference-focused psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *196*(5), 389–395. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.070177>

- Donald, F. & Potter, A. (eds. . (2019). *Brief intervention for borderline personality disorder: a spectrum guide*. Melbourne: Spectrum.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., ... Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, *54*(11), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00636-X](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00636-X)
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology*, *41*(3–4), 327–350. <https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Eisenlohr-Moul, T. A., DeWall, C. N., Girdler, S. S., & Segerstrom, S. C. (2015). Ovarian hormones and borderline personality disorder features: Preliminary evidence for interactive effects of estradiol and progesterone. *Biological Psychology*, *109*, 37–52. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2015.03.016>
- El-Gabalawy, R., Katz, L. Y., & Sareen, J. (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosomatic Medicine*, *72*(7), 641–647. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>
- Erikson, E. H. (1959). Identity and the life cycle: Selected papers. *Psychological Issues*, *1*, 1–171. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=search.displayRecord&UID=1960-02756-001>
- Erwin, C. E. (1989). Risk taking behaviors in the adolescent patient: where have we been, where are we going? *Pediatric Annals*, *18*(2), 122–133.

- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Terapia Psicológica*, 32(3), 255–264. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- Eskin, M. (2004). The effects of religious versus secular education on suicide ideation and suicidal attitudes in adolescents in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(7), 536–542. <https://doi.org/10.1007/s00127-004-0769-x>
- Excellence, N. I. for H. and C. (2009). Borderline Personality Disorder: treatment and management.
- Fantoni-Salvador, P., & Rogers, R. (1997). Spanish versions of the MMPI-2 and PAI: An investigation of concurrent validity with hispanic patients. *Assessment*, 4(1), 29–39. <https://doi.org/10.1177/107319119700400104>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Farstad, S. M., McGeown, L. M., & von Ranson, K. M. (2016). Eating disorders and personality, 2004-2016: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.005>
- Favazza, A. R. (2013). Autolesión no suicida: cómo la clasificación guía el tratamiento. *Current Psychiatry*, 4(6), 13–17.
- Feigenbaum, J. D., Fonagy, P., Pilling, S., Jones, A., Wildgoose, A., & Bebbington, P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121–141.

<https://doi.org/10.1111/j.2044-8260.2011.02017.x>

Finch, E. F., Iliakis, E. A., Masland, S. R., & Choi-Kain, L. W. (2019). A Meta-Analysis of Treatment as Usual for Borderline Personality Disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*. <https://doi.org/10.1037/per0000353>

Fineberg, S. K., Hu, J., Null, K.E., Neustdter, E.S., Sakheim, ME & Corlett, P. R. (2019). Associative learning profiles in borderline personality disorder: acquisition, Kamin blocking and metacognitive performance, <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2019.05.008>.

Fineberg, S. K., Leavitt, J., Stahl, D. S., Kronemer, S., Landry, C. D., Alexander-Bloch, A., ... Corlett, P. R. (2018). Differential Valuation and Learning From Social and Nonsocial Cues in Borderline Personality Disorder. *Biological Psychiatry*, *84*(11), 838–845. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2018.05.020>

Fiorini, H. J. (2000). Teoría y Técnicas de psicoterapias. *Ed. Nueva Visión. Buenos Aires*.

First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). *American Psychiatric Press, Inc*. Retrieved from <https://nrtgw7tdf01.storage.googleapis.com/MDg4MDQ4ODEwNw==01.pdf>

First, M., Gibbon, M., & Spitzer, R. (1997). Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II). *American Psychiatric Press, Inc*.

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>

- Foelsch, P. A., Odom, A. E., & Kernberg, O. F. (2008). Treatment of adolescents with identity diffusion: A modification of transference focused psychotherapy. *Sante Mentale Au Quebec*, 33(1), 37–60. <https://doi.org/10.7202/018472ar>
- Fonagy, P., & Bateman, A. (2008, February 29). The development of borderline personality disorder - A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*. Guilford Publications Inc. . <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4>
- Fonagy, P., & Luyten, P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990198>
- Forum de Salut Mental y Agència d'informació, avaluació i qualitat en salut (AIAQS) (Coord). (2011). Guia de pràctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. *Barcelona: Agència D'informació, Avaluació I Qualitat En Salut. Servei Català de La Salut. Pla Director de Salut Mental i Addictions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.*
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. (2011). Relationship between cumulative BMI and symptomatic, psychosocial, and medical outcomes in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 421–431. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.421>
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2006). Personality disorders and medical comorbidity. *Current Opinion in Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228766.33356.44>
- Freeman A., Pretzer J., Fleming B., S. K. M. (1990). Borderline Personality Disorder. In: Clinical Applications of Cognitive Therapy. In: *Clinical Applications of*

Cognitive Therapy. Springer, Boston, MA.

Freud, S. (1908). *Charakter und Analerotik*. En Sigmund Freud GW. En Sigmund Freud GW (Vol. 7).

Fruzzetti, a E., Santisteban, D. a, & Hoffman, P. D. (2007). Dialectical Behavior Therapy with Families. *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across Disorders and Settings*. Retrieved from <http://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=-gnWGpfbPAUC&oi=fnd&pg=PA222&dq=Dialectical+Behavior+Therapy+with+Families&ots=1avATQ9-Ub&sig=Y4vQoXXR2RdrfOb0FyGkZ6pug5E%5Cnhttp://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=-gnWGpfbPAUC&oi=fnd&pg=PA222&dq=Dialectical+>

García López, M. T., Martín Pérez, M. F., & Otín Llop, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2). <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000200005>

Garnet, K. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescents: Ubiquitous or specific? *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1380–1382. <https://doi.org/10.1176/ajp.151.9.1380>

Geiger, P. J., Peters, J. R., & Baer, R. A. (2014). Using a measure of cognitive distortion to examine the relationship between thought suppression and borderline personality features: A multi-method investigation. *Personality and Individual Differences*, 59, 54–59. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.11.005>

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline

personality disorder randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

Glenn, C. R., Franklin, J. C., & Nock, M. K. (2015). Evidence-Based Psychosocial Treatments for Self-Injurious Thoughts and Behaviors in Youth. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 44(1).

<https://doi.org/10.1080/15374416.2014.945211>

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2011). One-year test-retest reliability of the inventory of statements about self-injury (ISAS). *Assessment*, 18(3), 375–378.

<https://doi.org/10.1177/1073191111411669>

Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2013). Nonsuicidal Self-Injury Disorder: An Empirical Investigation in Adolescent Psychiatric Patients. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 42(4), 496–507.

<https://doi.org/10.1080/15374416.2013.794699>

Glenn, J. J., Michel, B. D., Franklin, J. C., Hooley, J. M., & Nock, M. K. (2014). Pain analgesia among adolescent self-injurers. *Psychiatry Research*, 220, 921–926.

<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.016>

Goodman, M., Banthin, D., Blair, N. J., Mascitelli, K. A., Wilsnack, J., Chen, J., ... New, A. S. (2016). A randomized trial of dialectical behavior therapy in high-risk suicidal veterans. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(12), e1591–e1600.

<https://doi.org/10.4088/JCP.15m10235>

Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female

offspring. *Journal of Personality Disorders*, 25(1), 59–74.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>

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. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>

Gratz, K. L., Lacroce, D. M., & Gunderson, J. G. (2006). Measuring changes in symptoms relevant to borderline personality disorder following short-term treatment across partial hospital and intensive outpatient levels of care. *Journal of Psychiatric Practice*, 12(3), 153–159. <https://doi.org/10.1097/00131746-200605000-00004>

Gratz, K. L., Richmond, J. R., Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Tull, M. T. (2019). Multimodal assessment of emotional reactivity and regulation in response to social rejection among self-harming adults with and without borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(5), 395–405. <https://doi.org/10.1037/per0000334>

Gratz, K. L., Tull, M. T., Baruch, D. E., Bornovalova, M. A., & Lejuez, C. W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49(6), 603–615. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.04.005>

Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the

relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, 42(7), 550–559. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.05.011>

Grenyer, B. F. S., Ng, F. Y. Y., Townsend, M. L., & Rao, S. (2017). Personality disorder: A mental health priority area. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0004867417717798>

Gross, R., Olfson, M., Gameraff, 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. <https://doi.org/10.1001/archinte.162.1.53>

Guerrieri, R., Nederkoorn, C., & Teme, A. J. (2008). The Effect of an Impulsive Personality on Overeating and Obesity: Current State of Affairs. *Psychological Topics*, 17(2), 265–286. Retrieved from <https://hrcak.srce.hr/32442>

Gunderson, J, Links, P. (2014). *Handbook of Good Psychiatric Management (GPM) for borderline patients*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Gunderson, J. G. (2002). Borderline personality disorder: A clinical guide. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(12), 1187. Retrieved from <http://www.psychiatrist.com>

Gunderson, J. G. (2007). *A BPD brief: an introduction to borderline personality disorder: diagnosis, origins, course and treatment*.

Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: Ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>

Gunderson, J. G. (2010). 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., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C.

(2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 4.

<https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T.

H., ... Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: Longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*.

<https://doi.org/10.4088/JCP.v65n0804>

Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview.

American Journal of Psychiatry. <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>

Guo, B. & Harstall, C. (2002). Efficacy of Suicide Prevention Programs for Children

and Youth. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28.

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>

Hall, J., Caleo, S., Stevenson, J., & Meares, R. (2001). An Economic Analysis of

Psychotherapy for Borderline Personality Disorder Patients. *The Journal of Mental*

Health Policy and Economics, 4(1), 3–8. Retrieved from

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11967460>

Harris, M. (2007). The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. *Psychiatric Services*, 58(9), 1232–1232.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.58.9.1232>

Havassy, B. E., & Hopkin, J. T. (1989). Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40(8), 820–823. <https://doi.org/10.1176/ps.40.8.820>

Hawton, K., Harriss, L., Simkin, S., Bale, E., & Bond, A. (2004). Self-Cutting: Patient Characteristics Compared with Self-Poisoners. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 199–208. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.199.42776>

Helgeland, M. I., Kjelsberg, E., & Torgersen, S. (2005). Continuities between emotional and disruptive behavior disorders in adolescence and personality disorders in adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1941–1947.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1941>

Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., & Rössler, W. (2013). Childhood adversity in association with personality disorder dimensions: New findings in an old debate. *European Psychiatry*, 28(8), 476–482.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2013.04.004>

Herman, J. L., Perry, J. C., & Van Der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495.

<https://doi.org/10.1176/ajp.146.4.490>

Hermens, M. L. M., Van Splunteren, P. T., Van Den Bosch, A., & Verheul, R. (2011).

Barriers to implementing the clinical guideline on borderline personality disorder in the Netherlands. *Psychiatric Services*, 62(11), 1381–1383.

https://doi.org/10.1176/ps.62.11.pss6211_1381

Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K., ... Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50(4), 292–298. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01075-7](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01075-7)

Hervás Torres, G. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General Y Aplicada: Revista de La Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 59(1), 9–36.

Hervías Higuera, P., Maroto Martín, L., Jimenez de los Galanes Marchán, P., San Román Uría, A., & Nuñez Morales, N. (2016). Psychiatric re-hospitalization in mental disorders. *European Psychiatry*, 33, S516.

<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.1907>

Hoffart, A., Borge, F. M., Sexton, H., Clark, D. M., & Wampold, B. E. (2012). Psychotherapy for social phobia: How do alliance and cognitive process interact to produce outcome? *Psychotherapy Research*, 22(1), 82–94.

<https://doi.org/10.1080/10503307.2011.626806>

Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Buteau, E. (2007). Understanding and engaging families: An education, skills and support program for relatives impacted by borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 69–82.

<https://doi.org/10.1080/09638230601182052>

- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., ... Struening, E. (2005). Family connections: A program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process, 44*(2), 217–225.
<https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hopwood, C. J., Morey, L. C., Edelen, M. O., Shea, M. T., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... Skodol, A. E. (2008). A Comparison of Interview and Self-Report Methods for the Assessment of Borderline Personality Disorder Criteria. *Psychological Assessment, 20*(1), 81–85. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.20.1.81>
- Horvath, A. O., Del Re, A. C., Flückiger, C., & Symonds, D. (2011). Alliance in Individual Psychotherapy. *Psychotherapy, 48*(1), 9–16.
<https://doi.org/10.1037/a0022186>
- Hörz, S., Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Ten-year use of mental health services by patients with borderline personality disorder and with other axis II disorders. *Psychiatric Services, 61*(6), 612–616.
<https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.6.612>
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The Dose-Effect Relationship in Psychotherapy. *American Psychologist, 41*(2), 159–164.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.41.2.159>
- Huang, Y., Kotov, R., De Girolamo, G., Preti, A., Angermeyer, M., Benjet, C., ... Kessler, R. C. (2009). DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *British Journal of Psychiatry, 195*(1), 46–53.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.058552>
- Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2007). Interviews of female patients with

borderline personality disorder who dropped out of group psychotherapy.

International Journal of Group Psychotherapy.

<https://doi.org/10.1521/ijgp.2007.57.1.67>

Huprich, S. K., Bornstein, R. F., & Schmitt, T. A. (2011). Self-report methodology is insufficient for improving the assessment and clasification of axis II personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 25*(5), 557–570.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.5.557>

Hurtado-Santiago, S., Guzmán-Parra, J., Bersabé, R. & Mayoral, F. (2020). Iconic therapy for the reduction of borderline personality disorder symptoms among suicidal youth: A randomized controlled trial pilot study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, Manuscript.*

Hurtado-Santiago, S., Guzmán-Parra, J., Bersabé, R. M., & Mayoral, F. (2018). Effectiveness of iconic therapy for the reduction of borderline personality disorder symptoms among suicidal youth: Study protocol for a randomised controlled trial. *BMC Psychiatry, 18*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1857-x>

Ingenhoven, T. (2015, April 1). Pharmacotherapy for borderline patients: Business as usual or by default? *Journal of Clinical Psychiatry*. Physicians Postgraduate Press Inc. <https://doi.org/10.4088/JCP.14com09522>

Irwin, C. E., Burg, S. J., & Uhler Cart, C. (2002). America's adolescents: Where have we been, where are we going? *Journal of Adolescent Health, 31*(6 SUPPL.), 91–121. [https://doi.org/10.1016/S1054-139X\(02\)00489-5](https://doi.org/10.1016/S1054-139X(02)00489-5)

Jacobson, N. S., & Baucom, D. H. (1977). Design and assessment of nonspecific control groups in behavior modification research. *Behavior Therapy, 8*(4), 709–

719. [https://doi.org/10.1016/S0005-7894\(77\)80203-7](https://doi.org/10.1016/S0005-7894(77)80203-7)

- Jamieson, J. P., Mendes, W. B., & Nock, M. K. (2013). Improving Acute Stress Responses: The Power of Reappraisal. *Current Directions in Psychological Science*. <https://doi.org/10.1177/0963721412461500>
- Jeung, H., Walther, S., Korn, C. W., Bertsch, K., & Herpertz, S. C. (2018). Emotional responses to receiving peer feedback on opinions in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(6), 595–600. <https://doi.org/10.1037/per0000292>
- Johansen, M., Karterud, S., Pedersen, G., Gude, T., & Falkum, E. (2004). An investigation of the prototype validity of the borderline DSM-IV construct. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109(4), 289–298. <https://doi.org/10.1046/j.1600-0447.2003.00268.x>
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579–587. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>
- Johnson, P. A., Hurley, R. A., Benkelfat, C., Herpertz, S. C., & Taber, K. H. (2003). Understanding Emotion Regulation in Borderline Personality Disorder: Contributions of Neuroimaging. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. <https://doi.org/10.1176/jnp.15.4.397>
- Johnston, G. (2018). Experiences of daily life for people with borderline personality disorder: an occupational perspective.
- Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*.

- Jørgensen, C. R. (2009). Identity style in patients with borderline personality disorder and normal controls. *Journal of Personality Disorders, 23*(2), 101–112.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.2.101>
- Jørgensen, C. R. (2010). Invited essay: Identity and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 24*(3), 344–364.
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.3.344>
- Jørgensen, C. R., Freund, C., Bøye, R., Jordet, H., Andersen, D., & Kjølbye, M. (2013). Outcome of mentalization-based and supportive psychotherapy in patients with borderline personality disorder: A randomized trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 127*(4), 305–317. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2012.01923.x>
- Jovev, M., Green, M., Chanen, A., Cotton, S., Coltheart, M., & Jackson, H. (2012). Attentional processes and responding to affective faces in youth with borderline personality features. *Psychiatry Research, 199*(1), 44–50.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.027>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014a). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014b). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics, 134*(4), 782–793. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-3677>
- Kaess, M., Von Ceumern-Lindenstjerna, I. A., Parzer, P., Chanen, A., Mundt, C., Resch, F., & Brunner, R. (2012). Axis i and ii comorbidity and psychosocial functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Psychopathology, 46*(1), 55–62. <https://doi.org/10.1159/000338715>
- Kahan, J., & Pattison, E. M. (1984). Proposal for a Distinctive Diagnosis: the Deliberate



Self-Harm Syndrome (DSH). *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 14(1), 17–35. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1984.tb00334.x>

Kahneman, D. (2011). Thinking fast, thinking slow. *Interpretation, Tavistock, London*.

Kamin, L. J. (1969). Predictability, surprise, attention and conditioning. *Punishment and Aversive Behavior*. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2006.090910>

Kane-Urrabazo, C. (2006). Management's role in shaping organizational culture. *Journal of Nursing Management*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2934.2006.00590.x>

Karterud, S., Pedersen, G., Bjordal, E., Brabrand, J., Friis, S., Haaseth, Ø., ... Urnes, Ø. (2003). Day treatment of patients with personality disorders: Experiences from a Norwegian treatment research network. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 243–262. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.243.22151>

Karterud, S., & Wilberg, T. (2007). From general day hospital treatment to specialized treatment programmes. *International Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1080/09540260601080821>

Kaurin, Alexandra; Dombrovski, Alexandre; Hallquist, Michael & Wright, A. (2020). Daily suicidal surge and attempted suicide in borderline personality disorder. [10.31234/osf.io/hswea](https://doi.org/10.31234/osf.io/hswea).

Kealy, D., & Ogrodniczuk, J. S. (2010). Marginalization of Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 16(3), 145–154. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000375710.39713.4d>

Kellogg, S. H., & Young, J. E. (2006). Schema Therapy for Borderline Personality

Disorder. *J Clin Psychol*, 62, 445–458. <https://doi.org/10.1002/jclp.20240>

Kendall, T., Burbeck, R., & Bateman, A. (2010, February). Pharmacotherapy for borderline personality disorder: NICE guideline. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.196.2.158>

Kendell, R. E. (2002). The distinction between personality disorder and mental illness. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.2.110>

Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641–685. <https://doi.org/10.1177/000306516701500309>

Kerr, I. B., Finlayson-Short, L., McCutcheon, L. K., Beard, H., & Chanen, A. M. (2015). The “Self” and Borderline Personality Disorder: Conceptual and Clinical Considerations. *Psychopathology*, 48(5), 339–348. <https://doi.org/10.1159/000438827>

Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1499–1506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>

Khan, S., & Kamal, A. (2020). Adaptive family functioning and borderline personality disorder: Mediating role of impulsivity, 70(1). <https://doi.org/10.5455/JPMA.6250>

Killgore, W. D. S., Oki, M., & Yurgelun-Todd, D. A. (2001). Sex-specific developmental changes in amygdala responses to affective faces. *NeuroReport*, 12(2), 427–433. <https://doi.org/10.1097/00001756-200102120-00047>

Klein, P., Fairweather, A. K., Lawn, S., Stallman, H., & Cammell, P. (2020). *Structural stigma and its impact on healthcare for consumers diagnosed with Borderline Personality Disorder: protocol for a scoping review*.

<https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-40586/v1>

Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(6), 936–951.

<https://doi.org/10.1037/a0021015>

Klonsky, E. D. (2008). What is emptiness? Clarifying the 7th criterion for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 22*(4), 418–426.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.418>

Klonsky, E. D., Oltmanns, T. F., & Turkheimer, E. (2003). Deliberate self-harm in a nonclinical population: Prevalence and psychological correlates. *American Journal of Psychiatry, 160*(8), 1501–1508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.8.1501>

Koch, J. L. A. (1891). *Die psychopathischen Minderwertigkeiten*.

Koenigsberg, H. W., Denny, B. T., Fan, J., Liu, X., Guerreri, S., Mayson, S. J., ...

Siever, L. J. (2014). The neural correlates of anomalous habituation to negative emotional pictures in borderline and avoidant personality disorder patients.

American Journal of Psychiatry, 171(1), 82–90.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070852>

Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 159*(5), 784–788.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.784>

Koenigsberg, H. W., Siever, L. J., Lee, H., Pizzarello, S., New, A. S., Goodman, M., ...

Prohovnik, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research - Neuroimaging*, *172*(3), 192–199.

<https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2008.07.010>

Kohut, H. (1993). *¿Como cura el análisis?*.

Kok, B. E., Coffey, K. A., Cohn, M. A., Catalino, L. I., Vacharkulksemsuk, T., Algoe,

S. B., ... Fredrickson, B. L. (2013). How Positive Emotions Build Physical Health: Perceived Positive Social Connections Account for the Upward Spiral Between Positive Emotions and Vagal Tone. *Psychological Science*, *24*(7), 1123–1132.

<https://doi.org/10.1177/0956797612470827>

Korn, C. W., Rosée, L. La, Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2018). Social feedback processing in borderline personality disorder.

<https://doi.org/10.1017/S003329171500207X>

Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008).

Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>

Kosslyn, S. M. (1980). *Image and Mind*.

Koudys, J. W., Gulamani, T., & Ruocco, A. C. (2018). Borderline Personality Disorder:

Refinements in Phenotypic and Cognitive Profiling. *Current Behavioral*

Neuroscience Reports, *5*(1), 102–112. <https://doi.org/10.1007/s40473-018-0145-x>

- Kovács, L. N., Schmelowszky, Á., Galambos, A., & Kökönyei, G. (2021). Rumination mediates the relationship between personality organization and symptoms of borderline personality disorder and depression. *Personality and Individual Differences, 168*, 110339. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110339>
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia.
- Krause-Utz, A., Winter, D., Niedtfeld, I., & Schmahl, C. (2014). The Latest Neuroimaging Findings in Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports, 16*(3). <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0438-z>
- Krawitz, R. & Watson, C. (1999). Borderline personality disorder: Pathways to effective service delivery and clinical treatment options. *Wellington, New Zealand: Mental Health Commission. Occasional Publications N°2* [Http://www.mhc.govt.nz](http://www.mhc.govt.nz).
- Kretschmer, E. (1919). *Körperbau und Character*.
- Kröger, C., Schweiger, U., Sipos, V., Kliem, S., Arnold, R., Schunert, T., & Reinecker, H. (2010). Dialectical behaviour therapy and an added cognitive behavioural treatment module for eating disorders in women with borderline personality disorder and anorexia nervosa or bulimia nervosa who failed to respond to previous treatments. An open trial with a. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 41*(4), 381–388.
<https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2010.04.001>
- Kroll, L. (1993). *PTSD/Borderlines in therapy*. New York, NY (US): Norton.
- 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>

- Kullgren, G., Renberg, E., & Jacobsson, L. (1986). An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease, 174*(6), 328–331. <https://doi.org/10.1097/00005053-198606000-00002>
- Kuo, J. R., Fitzpatrick, S., Metcalfe, R. K., & McMain, S. (2016). A multi-method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 50*, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.05.002>
- Kvarstein, E. H., Nordviste, O., Dragland, L., & Wilberg, T. (2017). Outpatient psychodynamic group psychotherapy – outcomes related to personality disorder, severity, age and gender. *Personality and Mental Health, 11*(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/pmh.1352>
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., ... Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder – the impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 92*(1), 91–111. <https://doi.org/10.1111/papt.12179>
- L., K. (1993). *Borderlines in therapy*.
- Lana, F., Gonzales, M. A., Mirapeix, C. (2006). Niveles asistenciales y requisitos organizativos en el tratamiento de los trastornos de la personalidad. Retrieved from https://www.researchgate.net/publication/39731920_Niveles_asistenciales_y_requisitos_organizativos_en_el_tratamiento_de_los_trastornos_de_la_personalidad
- Lana, F., Fernández San Martín, M. I., & Vinué, J. M. (2004). Variabilidad en la

práctica medicopsiquiátrica evaluada mediante el estudio de los reingresos psiquiátricos a corto plazo. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 32(6), 340–345.

Lana, F., Sánchez-Gil, C., Ferrer, L., López-Patón, N., Litvan, L., Marcos, S., ... Pérez, V. (2015). Efectividad de un programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad. Seguimiento pragmático de 36 meses. *Revista de Psiquiatria Y Salud Mental*, 8(1), 3–10. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2014.09.002>

Lana F, F. S. M. M. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados publicado. *Actas Esp Psiquiatr, En prensa*.

Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0043-3>

Laporte, L., Paris, J., Bergevin, T., Fraser, R., & Cardin, J. F. (2018). Clinical outcomes of a stepped care program for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 12(3), 252–264. <https://doi.org/10.1002/pmh.1421>

Laporte, L., Paris, J., Guttman, H., & Russell, J. (2011). Psychopathology, childhood trauma, and personality traits in patients with borderline personality disorder and their sisters. *Journal of Personality Disorders*, 25(4), 448–462. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.4.448>

Larrivéé, M. P. (2013). Borderline personality disorder in adolescents: The He-who-must-not-be-named of psychiatry. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 15(2), 171–179.

- Larson, R. W., Moneta, G., Richards, M. H., & Wilson, S. (2002). Continuity, stability, and change in daily emotional experience across adolescence. *Child Development*, 73(4), 1151–1165. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00464>
- Laurensen, E. M. P., Hutsebaut, J., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Noom, M. J., Busschbach, J. J. V., ... Luyten, P. (2014). *Feasibility of Mentalization-Based Treatment for adolescents with borderline symptoms: a pilot study. Psychotherapy* (Vol. 51).
- Layard, R. (2006). The case for psychological treatment centres. *British Medical Journal*. <https://doi.org/10.1136/bmj.332.7548.1030>
- Lazzari, C., Shoka, A., Papanna, B., & Kulkarni, K. (2018). Current healthcare challenges in treating the borderline personality disorder “epidemic. *British Journal of Medical Practitioners*.
- Lee, N. K., Cameron, J., & Jenner, L. (2015). A systematic review of interventions for co-occurring substance use and borderline personality disorders. *Drug and Alcohol Review*. <https://doi.org/10.1111/dar.12267>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011a). Borderline personality disorder. In *The Lancet* (Vol. 377, pp. 74–84). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011b). Borderline personality disorder. In *The Lancet* (Vol. 377, pp. 74–84). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lenzenweger, M. F., & Castro, D. D. (2005). Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth

curve framework. *Development and Psychopathology*.

<https://doi.org/10.1017/S0954579405050571>

Lenzenweger, M. F., & Cilchetti, D. (2005). Toward a developmental psychopathology approach to borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*.

<https://doi.org/10.1017/S095457940505042X>

Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 62(6), 553–564. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.09.019>

Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*.

<https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>

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>

Lewinsohn, P. M., Rohde, P., & Seeley, J. R. (1994). Psychosocial risk factors for future adolescent suicide attempts. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(2), 297–305. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.62.2.297>

Lieb, K., Völlm, B., Rucker, G., Timmer, A., & Stoffers, J. M. (2010).

Pharmacotherapy for borderline personality disorder: Cochrane systematic review of randomised trials. *British Journal of Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.062984>

- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004).
 Borderline personality disorder. *Lancet*, *364*, 453–461.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Lind, M., Vanwoerden, S., Penner, F., & Sharp, C. (2019). Inpatient adolescents with
 borderline personality disorder features: Identity diffusion and narrative
 incoherence. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(4), 389–
 393. <https://doi.org/10.1037/per0000338>
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality
 disorder*.
- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality
 disorder. Skills training manual for treating borderline personality disorder*.
- Linehan, M. M. (1995). *Comprendiendo el Trastorno Límite de Personalidad: Manual
 sobre el enfoque dialéctico*.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A., Allmon, D., & Heard, H. L. (1991).
 Cognitive-Behavioral Treatment of Chronically Parasuicidal Borderline Patients.
Archives of General Psychiatry, *48*(12), 1060–1064.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1991.01810360024003>
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H.
 L., ... Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up
 of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and
 borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, *63*(7), 757–766.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- 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.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>

Livesley, W. J. (2012a). Disorder in the Proposed DSM-5 Classification of Personality Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*.

<https://doi.org/10.1002/cpp.1808>

Livesley, W. J. (2012b). Moving beyond specialized therapies for Borderline Personality Disorder: The importance of integrated domain-focused treatment.

Psychodynamic Psychiatry, 40(1), 47–74.

<https://doi.org/10.1521/pdps.2012.40.1.47>

Lofti, M., Amini, A., Fathi, A., Karami, A., Ghiasi, S. et al. (2018). Cognitive emotion regulation strategies in prisoners with borderline personality disorder, 6(3).

Loftus, E. F. (1991). Remembering Emotional Events: The Fate of Detailed Information. *Cognition and Emotion*, 5(2), 81–108.

<https://doi.org/10.1080/02699939108411027>

Loranger, A. W., Janca, A., & Sarotius, N. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53.

Lynch, T., Morse, J., & Vitt, C. (2002). Dialectical behavior therapy for depressed older adults. *Behavior Therapist*, 25, 7–10.

Maher, A. R., Maglione, M., Bagley, S., Suttorp, M., Hu, J. H., Ewing, B., ... Shekelle, P. G. (2011). Efficacy and comparative effectiveness of atypical antipsychotic

medications for off-label uses in adults: A systematic review and meta-analysis.

JAMA - Journal of the American Medical Association.

<https://doi.org/10.1001/jama.2011.1360>

Mahmood Aliloo, M., Hashemi Nosratabad, T., & Karimpour Vazifekhorani, A.

(2018). The Role of Impulsivity, Sensitivity to Reward and Anhedonia in Distinction People With Symptoms of Borderline Personality Disorder From Ordinary People. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology.*

<https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.136>

Mangassarian, S., Sumner, L., & O'Callaghan, E. (2015). Sexual Impulsivity in Women Diagnosed With Borderline Personality Disorder: A Review of the Literature.

Sexual Addiction and Compulsivity, 22(3), 195–206.

<https://doi.org/10.1080/10720162.2015.1017781>

Marieke Schuppert, H., Timmerman, M. E., Bloo, J., Van Gemert, T. G., Wiersema, H.

M., Minderaa, R. B., ... Nauta, M. H. (2012). Emotion regulation training for adolescents with borderline personality disorder traits: A randomized controlled trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,*

51(12). <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.09.002>

Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., ...

Pascual, J. C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder.

Comprehensive Psychiatry, 55(2), 311–318.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2013.08.026>

Martin, K., Holz, T., Woodward, G., & Cameron, M. (2020). Exploring the Impact of a

Peer-Led Education Group for Loved Ones of Individuals with Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *Contemporary Family Therapy*, 42(3), 240–249. <https://doi.org/10.1007/s10591-020-09543-9>

Martin, S., Del-Monte, J., & Graziani, P. (2019). Impulsivity issues in borderline personality disorder and it's links with insight: the role of urgency. *Heliyon*, 5(10). <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02564>

Marwaha, S., Parsons, N., & Broome, M. (2013). Mood instability, mental illness and suicidal ideas: Results from a household survey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(9), 1431–1437. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0653-7>

McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korslund, K., ... Linehan, M. M. (2018). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescents at high risk for suicide a randomized clinical trial. In *JAMA Psychiatry* (Vol. 75, pp. 777–785). <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>

Mcclure, G., Hawes, D. J., & Dadds, M. R. (2016). Borderline personality disorder and neuropsychological measures of executive function: A systematic review. *Personality and Mental Health*, 10(1), 43–57. <https://doi.org/10.1002/pmh.1320>

McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., ... Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *American Journal of Psychiatry*, 162(5), 883–889. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.5.883>

McHugh, C., & Balaratnasingam, S. (2018). Impulsivity in personality disorders.

Current Opinion in Psychiatry, 31(1), 63–68.

<https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000383>

McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2), 138–148. <https://doi.org/10.1111/acps.12664>

McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169(6), 650–661. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>

McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1365–1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>

McNally, R. J. (2007). Mechanisms of exposure therapy: How neuroscience can improve psychological treatments for anxiety disorders. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2007.01.003>

Meaney-Tavares, R., & Hasking, P. (2013). Coping and regulating emotions: A pilot study of a modified dialectical behavior therapy group delivered in a college counseling service. *Journal of American College Health*, 61(5), 303–309. <https://doi.org/10.1080/07448481.2013.791827>

- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Prevalence of borderline personality disorder in university samples: Systematic review, meta-analysis and meta-regression. *PLoS ONE*, *11*(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155439>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared with Enhanced Usual Care for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *55*(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... Grøholt, 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. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Meuldijk, D., McCarthy, A., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. S. (2017). The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review and cost offset analysis of economic evaluations. *PLoS ONE*, *12*(3). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0171592>
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Beevers, C. G. (2004). What's in a (Neutral) Face? Personality Disorders, Attachment Styles, and the Appraisal of Ambiguous Social Cues. *Journal of Personality Disorders*, *18*(4), 320–336. <https://doi.org/10.1521/pedi.2004.18.4.320>
- Miller, A., Rathus, J. Y Linehan, M. (2007). *Suicidal behaviors in adolescents*. In:

Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. In: Dialectical behavior therapy with suicidal adolescents. New York, NY; London, UK: The Guilford Press;

Miller, A.L., Rathus, J.H. Y Linehan, M. M. (2007). *Including families in treatment. Dialectical behavior Therapy with suicidal adolescents. New York, NY.*

Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: Diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2008.02.004>

Miller, C. E., Townsend, M. L., Day, N. J. S., & Grenyer, B. F. S. (2020). Measuring the shadows: A systematic review of chronic emptiness in borderline personality disorder. *PloS One*, *15*(7), e0233970. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0233970>

Millon, T., Davis, R., y Millon, C. (1997). MCMI-III Manual. Psychology. *Psychology*, *50*.

Millon, T. & Davis, R. (1998). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Barcelona: Masson.*

Mindell, J. A., Owens, J., Alves, R., Bruni, O., Goh, D. Y. T., Hiscock, H., ... Sadeh, A. (2011, March). Give children and adolescents the gift of a good night's sleep: A call to action. *Sleep Medicine*. Sleep Med. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2011.01.003>

Mneimne, M., Furr, R. M., Mendrygal, D., Law, M. K., Arnold, E. M., & Fleeson, W. (2019). Degree of Correspondence Between Retrospective and Proximal Reports of Borderline Personality Disorder Symptoms, Symptom Triggers, and Emotions.

Journal of Personality Disorders, 1–20.

https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_418

Mondragón, L., Saltijeral, M. T., Bimbela, A., & Borges, G. (1998). La ideación suicida y su relación con la desesperanza, el abuso de drogas y alcohol. *Salud Mental*, 21(5), 20–27.

Monk, C. S., McClure, E. B., Nelson, E. E., Zarahn, E., Bilder, R. M., Leibenluft, E., ... Pine, D. S. (2003). Adolescent immaturity in attention-related brain engagement to emotional facial expressions. *NeuroImage*, 20(1), 420–428.

[https://doi.org/10.1016/S1053-8119\(03\)00355-0](https://doi.org/10.1016/S1053-8119(03)00355-0)

Morales-Muñoz, I., Broome, M. R., & Marwaha, S. (2020). Association of Parent-Reported Sleep Problems in Early Childhood With Psychotic and Borderline Personality Disorder Symptoms in Adolescence. *JAMA Psychiatry*, 28(1), 1–37.

<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.1875>

Moran, P., Coffey, C., Romaniuk, H., Olsson, C., Borschmann, R., Carlin, J. B., & Patton, G. C. (2012). The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: A population-based cohort study. *The Lancet*, 379(9812), 236–243.

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61141-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61141-0)

Morel, B. A. (1857). *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine et des causes qui produisent ces variétés maladives*. Chez J.B. Baillière.

Morey, L. C. (2011). *Personality Assessment Inventory professional manual*. Odessa. FL: Psychological Assessment Resources.

Mosquera, D., Gonzales, A., & van der Hart, O. (2011). Borderline personality disorder,

childhood trauma and structural dissociation of the personality. *Persona*, 11(1), 10–40.

Moukhtarian, T. R., Mintah, R. S., Moran, P., & Asherson, P. (2018). Emotion dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 5(1).
<https://doi.org/10.1186/s40479-018-0086-8>

Muehlenkamp, J. J. (2005). Self-injurious behavior as a separate clinical syndrome. *American Journal of Orthopsychiatry*. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.75.2.324>

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., ... van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder: Study design. *BMC Psychiatry*, 9, 64.
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-9-64>

Nakar, O., Brunner, R., Schilling, O., Chanen, A., Fischer, G., Parzer, P., ... Kaess, M. (2016). Developmental trajectories of self-injurious behavior, suicidal behavior and substance misuse and their association with adolescent borderline personality pathology. *Journal of Affective Disorders*, 197, 231–238.
<https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.029>

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>

Neisser, U. (1988). Five Kinds of Self-knowledge. *Philosophical Psychology*, 1(1), 35–59. <https://doi.org/10.1080/09515088808572924>

- New, A. S., Carpenter, D. M., Perez-Rodriguez, M. M., Ripoll, L. H., Avedon, J., Patil, U., ... Goodman, M. (2013). Developmental differences in diffusion tensor imaging parameters in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research, 47*(8), 1101–1109. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.03.021>
- New, A. S., Hazlett, E. A., Buchsbaum, M. S., Goodman, M., Mitelman, S. A., Newmark, R., ... Siever, L. J. (2007). Amygdala-prefrontal disconnection in borderline personality disorder. *Neuropsychopharmacology, 32*(7), 1629–1640. <https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301283>
- Newton-Howes, G., Clark, L. A., & Chanen, A. (2015). Personality disorder across the life course. *The Lancet*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61283-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61283-6)
- Nickel, M. (2006). Aripiprazole in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Double-Blind, Placebo-Controlled Study. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 833. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.5.833>
- Nock, M. K., Joiner, T. E., Gordon, K. H., Lloyd-Richardson, E., & Prinstein, M. J. (2006). Non-suicidal self-injury among adolescents: Diagnostic correlates and relation to suicide attempts. *Psychiatry Research, 144*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2006.05.010>
- Nordström, P., Samuelsson, M., & Åsberg, M. (1995). Survival analysis of suicide risk after attempted suicide. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 91*(5), 336–340. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1995.tb09791.x>
- Norling, DC. & Kim, S. (2010). *Borderline Personality Disorder. Handbook of Clinical Psychology Competencies.*
- Norton, P. J. (2012). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorder: Efficacy,

acceptability, and beyond. *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 17(3), 205–217. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11840>

Obando Madrigal, G. (2015). Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 02–18.

Oldham, J.M., Skodol, AE., Bender, D. (2007). Tratado de los trastornos de personalidad (pp. 389–406).

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/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. *American Journal of Psychiatry*, 152(4), 571–578. <https://doi.org/10.1176/ajp.152.4.571>

Olfson, M., Gerhard, T., Huang, C., Crystal, S., & Stroup, T. S. (2015). Premature mortality among adults with schizophrenia in the United States. *JAMA Psychiatry*, 72(12), 1172–1181. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.1737>

Organización Mundial de la Salud. (1992). *CIE 10. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. Meditor; 1992. OMS.* <https://doi.org/9788479034924>

Organización Mundial de la Salud; (2018). La Organización Mundial de la Salud (OMS) publica hoy su nueva Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11). Retrieved from [https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-\(icd-11\)](https://www.who.int/es/news-room/detail/17-06-2018-who-releases-new-international-classification-of-diseases-(icd-11))

- Ortiz- Tallo, M., Cardenal, V., Ferragut, M. & Santamaría, P. (2017). Fiabilidad del inventario de evaluación de la personalidad (PAI) en contextos chilenos y diferencias entre población general y clínica. *Revista Mexicana de Psicología (En Línea)*, 34.
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L. M., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: Literature review. *Encephale*, 34(5), 452–458. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2007.10.007>
- Padilla Torres, D., Martín, M., Carlos Espín Jaime, J., & Ángel Jiménez Arriero, M. (2017). 349 El tratamiento grupal de adolescentes Group therapy for adolescents with severe personality disorders: A contextual approach. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq*, 37(132), 349–378. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200003>
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (DBT). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223.
<https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Paret, C., Jennen-Steinmetz, C., & Schmahl, C. (2017). Disadvantageous decision-making in borderline personality disorder: Partial support from a meta-analytic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2016.11.019>

- Paris, J. (1997). Antisocial and borderline personality disorders: Two separate diagnoses or two aspects of the same psychopathology? *Comprehensive Psychiatry*, 38(4), 237–242. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(97\)90032-8](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(97)90032-8)
- Paris, J. (1998a). Anxious traits, anxious attachment, and anxious-cluster personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3109/10673229809000322>
- Paris, J. (1998b). Anxious traits, anxious attachment, and anxious-cluster personality disorders. *Harvard Review of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.3109/10673229809000322>
- Paris, J. (2002). Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1080/10673220216229>
- Paris, J. (2003). Personality disorders over time. *Washington, DC: American Psychiatric*.
- Paris, J. (2004). Is hospitalization useful for suicidal patients with borderline personality disorder? *Journal of Personality Disorders*, 18, 240–247.
- Paris, J. (2008). Clinical Trials of Treatment for Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.013>
- Paris, J. (2008). *The treatment of borderline personality disorder: an evidence-based approach*. New York: Guilford.
- Paris, J. (2010a). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*.

<https://doi.org/10.1007/s11920-009-0083-0>

Paris, J. (2010b). Estimating the prevalence of personality disorders in the community.

Journal of Personality Disorders, 24(4), 405–411.

<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.405>

Paris, J. (2013). Stepped care: An alternative to routine extended treatment for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services*, 64(10), 1035–1037.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200451>

Paris, J. (2017). *Stepped care for borderline personality disorder : making treatment brief, effective, and accessible*. Academic Press.

Paris, J., & Lis, E. (2013). Can sociocultural and historical mechanisms influence the development of borderline personality disorder? *Transcultural Psychiatry*, 50(1),

140–151. <https://doi.org/10.1177/1363461512468105>

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>

Pascual, J. C., Córcoles, D., Castaño, J., Ginés, J. M., Gurrea, A., Martín-Santos, R., ...

Bulbena, A. (2007). Hospitalization and pharmacotherapy for borderline personality disorder in a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*,

58(9), 1199–1204. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1199>

Patel, V., & Rahman, A. (2015). Editorial Commentary: An agenda for global child mental health. *Child and Adolescent Mental Health*, 20(1), 3–4.

<https://doi.org/10.1111/camh.12083>

- Perez, V., Barrachina, J., Soler, J., Pascual, J. C., Campins, M. J., Puigdemont, D., & Alvarez, E. (2007). Impresión clínica global para pacientes con trastorno límite de la personalidad (ICG-TLP): una escala sensible al cambio. The Clinical Global Impression Scale for Borderline Personality Disorder Patients (CGI-BPD): A Scale Sensible to Detect Changes. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(4), 229–235.
- Pérez Urdániz A., Santos García JM., Molina Ramos, R., Rubio Larrosa V., Carrasco Perera JL., M. T. I. y R. E. (2001). Aspectos socioculturales en la génesis de los trastornos de personalidad. *Actas Esp Psiquiatría*, 29(1), 47–57.
- Perry, J. C. (1992). Problems and considerations in the valid assessment of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1176/ajp.149.12.1645>
- Pfohl, B., Blum, N., St. John, D., McCormick, B., Allen, J., & Black, D. W. (2009). Reliability and validity of the Borderline Evaluation of Severity Over Time (BEST): A self-rated scale to measure severity and change in persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 281–293. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.3.281>
- Piaget, J. (1930). *The child's conception of the world*. New York: Harcourt, Brace & World (original work published 1926).
- Piaget, J. (1952). *The origins of intelligence in children*. New York. International Universities Press.
- Pinto, A., Grapentine, W. L., Francis, G., & Picariello, C. M. (1996). Borderline personality disorder in adolescents: Affective and cognitive features. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35(10), 1338–1343. <https://doi.org/10.1097/00004583-199610000-00021>

- Plakun, E. M. (1991). Prediction of outcome in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 5(2), 93–101. <https://doi.org/10.1521/pedi.1991.5.2.93>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: A meta-analysis. In *Nordic Journal of Psychiatry* (Vol. 59, pp. 319–324). <https://doi.org/10.1080/08039480500320025>
- Pourshahriar, H., Alizade, H., & Rajaeinia, K. (2018). Childhood Emotional Abuse and Borderline Personality Disorder Features: The Mediating Roles of Attachment Style and Emotion Regulation. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. <https://doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.148>
- Prada, P., Badoud, D., Nicastró, R., Dieben, K., Rüfenacht, E., Dayer, A., ... Debbané, M. (2019). Mentalization based treatment (MBT) for borderline personality disorder among a population of French-speaking patients. *Encephale*, 45(2), 133–138. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2018.04.003>
- Prichard, J. C. (1835). *Of the terminations of insanity. In A treatise on insanity and other disorders affecting the mind.*
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... Zinkler, M. (2012). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Dialectical Behaviour Therapy for Self-Harming Patients with Personality Disorder: A Pragmatic Randomised Controlled Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 81(6), 356–365. <https://doi.org/10.1159/000338897>
- Probst, T., O'Rourke, T., Decker, V., KIEßLING, E., Meyer, S., Bofinger, C., ... Pieh, C. (2019). Effectiveness of a 5-Week Inpatient Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 25(3), 192–198.

<https://doi.org/10.1097/PRA.0000000000000383>

Purington, A. & Whitlock, J. (2004). *Self-Injury fact sheet. ACT for Youth Upstate Center of Excellence. ACT for Youth Upstate Center of Excellence. Research facts and findings.*

Ramos, J. M., Franquelo, A., Franesqui, B., & López, A. (2017). Actitudes disfuncionales en pacientes con trastorno grave de personalidad: inespecificidad sintomatológica y cambio. *Clinica Y Salud*, 28(3), 107–116.

<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2017.09.002>

Rao, Sathya; Heidari, Parvaneh; Broadbear, J. (2020). Developments in diagnosis and treatment of people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, Volume Pub.*

Rasmussen, A. S., Jørgensen, C. R., O'Connor, M., Bennedsen, B. E., Godt, K. D., Bøye, R., & Berntsen, D. (2017). The structure of past and future events in borderline personality disorder, eating disorder, and obsessive-compulsive disorder. *Psychology of Consciousness: Theory Research, and Practice*, 4(2), 190–210. <https://doi.org/10.1037/cns0000109>

Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2002). Dialectical Behavior Therapy adapted for suicidal adolescents. [References]. *Suicide and LifeThreatening Behavior*, 32(2).

Rausch, J., Gäbel, A., Nagy, K., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Bertsch, K. (2015). Increased testosterone levels and cortisol awakening responses in patients with borderline personality disorder: Gender and trait aggressiveness matter. *Psychoneuroendocrinology*, 55, 116–127.

<https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2015.02.002>

- Reitz, S., Kluetsch, R., Niedtfeld, I., Knorz, T., Lis, S., Paret, C., ... Schmahl, C. (2015). Incision and stress regulation in borderline personality disorder: Neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 207(2), 165–172. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.153379>
- Renneberg, B., Herm, K., Hahn, A., Staebler, K., Lammers, C.-H., & Roepke, S. (2011). Perception of social participation in borderline personality disorder. <https://doi.org/10.1002/cpp.772>
- Richardson, J. T. E. (1978). Reported mediators and individual differences in mental imagery. *Memory & Cognition*, 6(4), 376–378. <https://doi.org/10.3758/BF03197469>
- Rinne, T., Van den Brink, W., Wouters, L., & Van Dyck, R. (2002). SSRI treatment of borderline personality disorder: A randomized, placebo-controlled clinical trial for female patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(12), 2048–2054. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.12.2048>
- Rioux, C., Séguin, J. R., & Paris, J. (2018). Differential Susceptibility to the Environment and Borderline Personality Disorder. *Harvard Review of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000182>
- Ritschel, L. A., & Kilpela, L. S. (2014). Borderline Personality Disorder. In *The Encyclopedia of Clinical Psychology* (pp. 1–6). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9781118625392.wbecp478>
- Rodríguez-Melón, V. (2005). Personalidad fronteriza, límite o “borderline”: características etiopatogénicas, diagnósticas y evolutivas. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*. Retrieved from

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2470291&info=resumen&idioma=SPA>

- Romero Clausell, M., Navarro Haro, M. V., Osma López, J. J., & García Palacios, A. (2017). La percepción de control de la ansiedad en el trastorno límite de la personalidad. *Àgora de Salut, IV*, 345–354.
<https://doi.org/10.6035/agorasalut.2017.4.36>
- Rosse, I. C. (1890). Clinical evidences of borderland insanity. *Journal of Nervous and Mental Disease, 15*(10), 669–683. <https://doi.org/10.1097/00005053-189010000-00004>
- 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 & Adolescent Psychiatry, 51*(12), 1304–1313.e3.
<https://doi.org/10.1016/J.JAAC.2012.09.018>
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad. Madrid: Elsevier.*
- Rudd, M. D., Mandrusiak, M., & Joiner, T. E. (2006). The case against no-suicide contracts: The commitment to treatment statement as a practice alternative. *Journal of Clinical Psychology, 62*(1), 22–31.
<https://doi.org/10.1002/jclp.20227>
- Runeson, B., & Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young swedish suicides. *Journal of Nervous and Mental Disease, 179*(3), 153–156.
<https://doi.org/10.1097/00005053-199103000-00007>
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S., Choi-Kain, L. W., & McMain, S. F. (2013). Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: An activation-likelihood-estimation meta-Analysis. *Biological Psychiatry, 73*(2), 153–160.

160. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2012.07.014>

Ruocco, A. C., & Carcone, D. (2016, September 1). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry*. Taylor and Francis Ltd.

<https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000123>

Ryle, A., & Ryle, A. (2005). Cognitive Analytic Therapy. In *Handbook of Psychotherapy Integration* (pp. 196–218).

<https://doi.org/10.1093/med:psych/9780195165791.003.0009>

Samuels, J. (2011). Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223–233.

<https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>

Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.

Santangelo, P. S., Limberger, M. F., Stiglmayr, C., Houben, M., Coosemans, J., Verleysen, G., ... Ebner-Priemer, U. W. (2016). Analyzing subcomponents of affective dysregulation in borderline personality disorder in comparison to other clinical groups using multiple e-diary datasets. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3(1). <https://doi.org/10.1186/s40479-016-0039-z>

Santiago, S., Castro, S., Cañamero, D., Godoy, A., Valverde, S. & Marcos, A. (2005). Terapia icónica en inestabilidad emocional. Estudio preliminar. *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria*, 5(2), 151–164.

Santiago, S. (2013). *Tratando... inestabilidad emocional. Terapia Icónica. Madrid: Recursos terapéuticos, Ed. Pirámide.* (Vol. 3ª ed).

Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., & Wilner, J. G. (2016). Transdiagnostic treatment of borderline personality disorder and comorbid disorders: A clinical replication series. *Journal of Personality Disorders*, 30(1), 35–51.

https://doi.org/10.1521/pedi_2015_29_179

Saunders, K. E. A., Goodwin, G. M., & Rogers, R. D. (2015). Borderline personality disorder, but not euthymic bipolar disorder, is associated with a failure to sustain reciprocal cooperative behaviour: implications for spectrum models of mood disorders. <https://doi.org/10.1017/S0033291714002475>

Scherpiet, S., Brühl, A. B., Opialla, S., Roth, L., Jäncke, L., & Herwig, U. (2014).

Altered emotion processing circuits during the anticipation of emotional stimuli in women with borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(1), 45–60. <https://doi.org/10.1007/s00406-013-0444-x>

Schilling, V. N. L. S., Boyle, K. S., Rubel, J. A., Flückiger, C., Zimmermann, D., & Lutz, W. (2020). Patients' and Therapists' Actions on the Precipice of Change: Session Processes Before Sudden Gains and Sudden Losses. *Journal of Psychotherapy Integration*, <https://doi.org/10.1037/int0000242>

Schmahl, C., & Baumgärtner, U. (2015). Pain in borderline personality disorder.

Modern Trends in Pharmacopsychiatry, 30, 166–175.

<https://doi.org/10.1159/000435940>

Schmahl, C., Herpertz, S. C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder: state of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion*

Dysregulation, 1(1), 12. <https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-12>

Schneider, K. (1958). Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie. *Fortschritte Der Neurologie-Psychiatrie*, 26, 1–6.

Schore, A. N. (2011). The right brain implicit self lies at the core of psychoanalysis. *Psychoanalytic Dialogues*. <https://doi.org/10.1080/10481885.2011.545329>

Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016a). Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>

Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016b). Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97–106.
<https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>

Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., Van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M. G., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents - A randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(6), 467–478.
<https://doi.org/10.1002/cpp.637>

Seigerman, M. R., Betts, J. K., Hulbert, C., McKechnie, B., Rayner, V. K., Jovev, M., ... Chanen, A. M. (2020). A study comparing the experiences of family and friends of young people with borderline personality disorder features with family and friends of young people with other serious illnesses and general population adults. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 7(1), 17.

<https://doi.org/10.1186/s40479-020-00128-4>

- Sempértegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. J. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Shen, C. C., Hu, L. Y., & Hu, Y. H. (2017). Comorbidity study of borderline personality disorder: applying association rule mining to the Taiwan national health insurance research database. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12911-016-0405-1>
- Sherry, A., & Whilde, M. R. (2008). *Borderline Personality Disorder*. In M. Hersen & J. Rosqvist (Eds.), *Handbook of psychological assessment, case conceptualization, and treatment* (Vol. 1).
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies. *Biological Psychiatry*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01326-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01326-4)
- Signer, S., Estermann Jansen, R., Sachse, R., Caspar, F., & Kramer, U. (2019). Social interaction patterns, therapist responsiveness, and outcome in treatments for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12254>
- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., ... Stern, E. (2007a). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(12), 1832–1841. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06010126>

- Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., ... Stern, E. (2007b). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *164*(12), 1832–1841. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.06010126>
- Singer, J.A. & Salovey, P. (1993). *The remembered self-emotion and memory in personality*. New York: The Free Press.
- Skodol, A. E. (2011). Scientific issues in the revision of personality disorders for DSM-5. *Personality and Mental Health*. <https://doi.org/10.1002/pmh.161>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., McGlashan, T. H., Dyck, I. R., Stout, R. L., Bender, D. S., ... Oldham, J. M. (2002). Functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, *159*(2), 276–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.2.276>
- 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*. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., ... McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, *35*(3), 443–451. <https://doi.org/10.1017/S003329170400354X>
- 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. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

- Soeteman, D. I., Roijen, L. H. Van, Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(2), 259–265. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0212>
- Soeteman, D. I., Verheul, R., & Bussehaeh, J. J. V. (2008). The burden of disease in personality disorders: Diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality Disorders*, *22*(3), 259–268. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.3.259>
- Soler, J., Domínguez-Clavé, E., García-Rizo, C., Vega, D., Elices, M., Martín-Blanco, A., ... Pascual, J. C. (2016). Validación de la versión española del McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder. *Revista de Psiquiatría Y Salud Mental*, *9*(4). <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.03.002>
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: A 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, *47*(5), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Soler, J., Psy, D., Pascual, J. C., Campins, J., Barrachina, J., Puigdemont, D., ... Pérez, V. (2005). Therapy Plus Olanzapine for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *162*(2), 1221–1224.
- Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, *50*(2), 150–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.12.002>

- Soler, J., Vega, D., Feliu-Soler, A., Trujols, J., Soto, Á., Elices, M., ... Pascual, J. C. (2013). Validation of the Spanish version of the borderline symptom list, short form (BSL-23). *BMC Psychiatry*, *13*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-139>
- Soloff, P. H., Lynch, K. G., & Kelly, T. M. (2002). Childhood abuse as a risk factor for suicidal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *16*(3), 201–214. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.201.22542>
- Sosic-Vasic, Z., Eberhardt, J., Bosch, J. E., Dommès, L., Labek, K., Buchheim, A., & Viviani, R. (2019). Mirror neuron activations in encoding of psychic pain in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*, *22*. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2019.101737>
- Spear, L. (2007). *The Developing Brain and Adolescent-Typical Behavior Patterns*. In *Adolescent Psychopathology and the Developing Brain: Integrating Brain and Prevention Science*.
- Spears, A. P., Sullivan, S. R., Marin, L. K., & Goodman, M. (2018). Suicidal Risk and Management in Borderline Personality Disorder. *Medical Research Archives*, *6*(10). <https://doi.org/10.18103/mra.v6i10.1858>
- Spitzer, R. L. (1992). The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). *Archives of General Psychiatry*, *49*(8), 624. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
- Stanley, B., Brodsky, B., Nelson, J. D., & Dulit, R. (2007). Brief Dialectical Behavior Therapy (DBT-B) for suicidal behavior and non-suicidal self injury. *Archives of Suicide Research*, *11*(4), 337–341. <https://doi.org/10.1080/13811110701542069>
- Stanley, B., & Brown, G. K. (2012). Safety Planning Intervention: A Brief Intervention

to Mitigate Suicide Risk. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(2), 256–264.

<https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>

Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: Advances in gene-environment considerations. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-009-0091-0>

Steinberg, B. J., Trestman, R., Mitropoulou, V., Serby, M., Silverman, J., Coccaro, E., ... Siever, L. J. (1997). Depressive response to physostigmine challenge in borderline personality disorder patients. *Neuropsychopharmacology*, 17(4), 264–273. [https://doi.org/10.1016/S0893-133X\(97\)00051-1](https://doi.org/10.1016/S0893-133X(97)00051-1)

Stepp, S. D. (2012). Development of borderline personality disorder in adolescence and young adulthood: Introduction to the special section. *Journal of Abnormal Child Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9594-3>

Stepp, S. D., Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2012). Trajectories of attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms as precursors of borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 7–20. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9530-6>

Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of Personality Disorders*, 22(6), 549–563. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.6.549>

Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467–489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>

- Stevenson, J., Meares, R., & D'Angelo, R. (2005). Five-year outcome of outpatient psychotherapy with borderline patients. *Psychological Medicine*, 35(1), 79–87.
<https://doi.org/10.1017/S0033291704002788>
- Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), 1–256.
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Stoffers, J., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2010). Pharmacological interventions for borderline personality disorder. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd005653.pub2>
- Stone, M. (1990). *The fate of borderline patients: successful outcome and psychiatric practice*. New York: Guilford Press.
- Stringer, B., van Meijel, B., Koekkoek, B., Kerkhof, A., & Beekman, A. (2011). Collaborative Care for patients with severe borderline and NOS personality disorders: A comparative multiple case study on processes and outcomes. *BMC Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-102>
- Taylor, J., James, L. M., Bobadilla, L., & Reeves, M. D. (2008). Screening for Disinhibited Disorder Cases in a College Population: Performance of the SMAST, DAST, SCID-II-Q, and PDQ-4. *Psychological Assessment*, 20(4), 351–360.

<https://doi.org/10.1037/a0013452>

Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019).

Deaths by suicide and other causes among patients with borderline personality disorder and personality-disordered comparison subjects over 24 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychiatry*, *80*(1), 30–36.

<https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436>

ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: A study based on the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>

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

Torres, Diego Padilla; Martínez Martín, N; Espin Jaime, JC & Jiménez Arriero, M. .

(2017). El tratamiento grupal de adolescentes con trastornos graves de la personalidad : Una aproximación contextual Group therapy for adolescents with severe personality disorders : *Revista de La Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, *37*(132), 349–378. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000200003>

Tortella-Feliu, M., Baños, R. M., Barrantes, N., Botella, C., Fernández-Aranda, F., García-Campayo, J., ... Vázquez, C. (2016). The challenge of psychological research on mental health. *Clinica Y Salud*, *27*(1), 37–43.

<https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.02.001>

Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective Instability: Measuring a Core Feature of Borderline Personality Disorder With Ecological Momentary Assessment. *Journal of Abnormal Psychology, 117*(3), 647–661. <https://doi.org/10.1037/a0012532>

Tucker, D.M. & Moller, L. (2007). *The metamorphosis: individuation and the adolescent brain. In D. Ro,er & E.F. Walker (Eds.), Adolescent psychopathology and the adolescent brain.*

Turner, B. J., Dixon-Gordon, K. L., Austin, S. B., Rodriguez, M. A., Zachary Rosenthal, M., & Chapman, A. L. (2015). Non-suicidal self-injury with and without borderline personality disorder: Differences in self-injury and diagnostic comorbidity. *Psychiatry Research, 230*(1), 28–35.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2015.07.058>

Turner, D., Sebastian, A., & Tüscher, O. (2017, March 1). Impulsivity and Cluster B Personality Disorders. *Current Psychiatry Reports*. Current Medicine Group LLC 1. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0768-8>

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice, 7*(4), 413–419. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(00\)80052-8](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(00)80052-8)

Tusiani-Eng, P., & Yeomans, F. (2018). Borderline Personality Disorder: Barriers to Borderline Personality Disorder Treatment and Opportunities for Advocacy. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.006>

Tyrer, P. (2013). The classification of personality disorders in ICD-11: Implications for

forensic psychiatry. *Criminal Behaviour and Mental Health*.

<https://doi.org/10.1002/cbm.1850>

Tyrer, P., & Alexander, J. (1979). Classification of personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, *135*(2), 163–167. <https://doi.org/10.1192/bjp.135.2.163>

Vai, B., Sforzini, L., Visintini, R., Riberto, M., Bulgarelli, C., Ghigolino, D., ...

Benedetti, F. (2018). Corticolimbic connectivity mediates the relationship between adverse childhood experiences and symptom severity in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, *76*(2), 105–115. <https://doi.org/10.1159/000487961>

Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W.

(2015). The Use of Dialectical Behavior Therapy Skills Training as Stand-Alone Treatment: A Systematic Review of the Treatment Outcome Literature. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>

Van Asselt, A. D. I., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., Van Dyck, R.,

Spinhoven, P., ... Severens, J. L. (2008). Out-patient psychotherapy for borderline personality disorder: Cost-effectiveness of schema-focused therapy v. transference-focused psychotherapy. *British Journal of Psychiatry*, *192*(6), 450–457.

<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.033597>

Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A., &

Joiner, T. E. (2010). The Interpersonal Theory of Suicide. *Psychological Review*, *117*(2), 575–600. <https://doi.org/10.1037/a0018697>

Van Reekum, R. (1993). Acquired and developmental brain dysfunction in borderline personality disorder. In *Canadian Journal of Psychiatry* (Vol. 38).

van Zutphen, L., Siep, N., Jacob, G. A., Domes, G., Sprenger, A., Willenborg, B., ...

Arntz, A. (2018). Always on guard: Emotion regulation in women with borderline personality disorder compared to nonpatient controls and patients with cluster-C personality disorder. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 43(1), 37–47.
<https://doi.org/10.1503/jpn.170008>

Vand der Kolk, B. A. (2014). *The body keeps the score: brain, mind and body in the healing of trauma*. Nueva York, NY: Viking Press.

Vannucci, M., Pelagatti, C., Chiorri, C., & Mazzoni, G. (2016). Visual object imagery and autobiographical memory: Object Imagers are better at remembering their personal past. *Memory*, 24(4), 455–470.
<https://doi.org/10.1080/09658211.2015.1018277>

Walker, E. R., McGee, R. E., & Druss, B. G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4), 334–341. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.2502>

Walker, W. R., Skowronski, J. J., & Thompson, C. P. (2003). Life is Pleasant - And Memory Helps to Keep It that Way! *Review of General Psychology*, 7(2), 203–210. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.7.2.203>

Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. N. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, “all must have prizes.” *Psychological Bulletin*, 122(3), 203–215.
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.122.3.203>

Wang, A. T., Lee, S. S., Sigman, M., & Dapretto, M. (2006). Developmental changes in the neural basis of interpreting communicative intent. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 1(2), 107–121. <https://doi.org/10.1093/scan/nsl018>

- Washburn, J. J., Potthoff, L. M., Juzwin, K. R., & Styer, D. M. (2015). Assessing DSM-5 nonsuicidal self-injury disorder in a clinical sample. *Psychological Assessment*, 27(1), 31–41. <https://doi.org/10.1037/pas0000021>
- Weinberg, I., Gunderson, J. G., Hennen, J., & Cutter, C. J. (2006). Manual assisted cognitive treatment for deliberate self-harm in borderline personality disorder patients. *Journal of Personality Disorders*, 20(5), 482–492. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.482>
- Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: A pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41(5), 285–290. <https://doi.org/10.1177/070674379604100505>
- Wen-Hung, K. U. O., Gallo, J. J., & Tien, A. Y. (2001). Incidence of suicide ideation and attempts in adults: The 13-year follow-up of a community sample in Baltimore, Maryland. *Psychological Medicine*, 31(7), 1181–1191. <https://doi.org/10.1017/S0033291701004482>
- Wesscholar, W., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Stout, R. L., ... Shea, M. T. (2007). *Longitudinal diagnostic efficiency of DSM-IV criteria for borderline personality disorder: a 2-year prospective study*. Retrieved from <https://wesscholar.wesleyan.edu/div3facpubs/181>
- Weßlau, C., Cloos, M., Höfling, V., & Steil, R. (2015). Visual mental imagery and symptoms of depression – results from a large-scale web-based study. *BMC*

Psychiatry, 15(1), 308. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0689-1>

Westen, D., Betan, E., & Defife, J. A. (2011). Identity disturbance in adolescence:

Associations with borderline personality disorder. *Development and*

Psychopathology, 23(1), 305–313. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000817>

Wetterborg, D. (2018). *Men with borderline personality disorder and antisocial*

behaviour: clinical characteristics, developmental perspectives and interventions.

Thesis for Doctoral Degree. Karolinska Institutet.

Wilberg, T., Urnes, Ø., Friis, S., Irion, T., Pedersen, G., & Karterud, S. (1999). One-

year follow-up of day treatment for poorly functioning patients with personality disorders. *Psychiatric Services*, 50(10), 1326–1330.

<https://doi.org/10.1176/ps.50.10.1326>

Wilkinson-Ryan, T., & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline

personality disorder: An empirical investigation. *American Journal of Psychiatry*,

157(4), 528–541. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.4.528>

Wilkinson, P., Kelvin, R., Roberts, C., Dubicka, B., & Goodyer, I. (2011). Clinical and

psychosocial predictors of suicide attempts and nonsuicidal self-injury in the

Adolescent Depression Antidepressants and Psychotherapy Trial (ADAPT).

American Journal of Psychiatry, 168(5), 495–501.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2010.10050718>

Willis, F., Kuniss, S., Kleindienst, N., Naoum, J., Reitz, S., Boll, S., ... Schmahl, C.

(2017). The role of nociceptive input and tissue injury on stress regulation in borderline personality disorder. *Pain*, 158(3), 479–487.

<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000787>

- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: Prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 49(9), 933–941.
<https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>
- Winter, D. (2016). Attention to emotional stimuli in borderline personality disorder - a review of the influence of dissociation, self-reference, and psychotherapeutic interventions. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*.
<https://doi.org/10.1186/s40479-016-0047-z>
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J., & Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716–726.
https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_106
- Wolk, C. B., Kendall, P. C., & Beidas, R. S. (2015). Cognitive-behavioral therapy for child anxiety confers long-term protection from suicidality. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 54(3), 175–179.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.12.004>
- Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2019). Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*.
<https://doi.org/10.1177/0706743719878975>
- World Health Organization. (2014). *Suicide prevention: A global imperative. Suicide Prevention*. <https://doi.org/10.1002/9780470774120>
- Yalch, M. M., Hopwood, C. J., Fehon, D. C., & Grilo, C. M. (2014). The influence of

borderline personality features on inpatient adolescent suicide risk. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(1), 26–31.

<https://doi.org/10.1037/per0000027>

Yang, M.; Coid, J. & Tyrer, P. (2010). Personality Pathology recorded by severity: national survey. *British Journal of Psychiatry*, 197, 193–199.

Yen, S., Weinstock, L. M., Andover, M. S., Sheets, E. S., Selby, E. A., & Spirito, A. (2013). Prospective predictors of adolescent suicidality: 6-month post-hospitalization follow-up. *Psychological Medicine*, 43(5), 983–993.

<https://doi.org/10.1017/S0033291712001912>

Yeomans, F. E. (2004). Transference-focused psychotherapy. *Psychiatric Annals*.

<https://doi.org/10.3928/0048-5713-20040601-13>

Yeomans, F. E., Levy, K. N., & Caligor, E. (2013). Transference-focused psychotherapy. *Psychotherapy*, 50(3), 449–453. <https://doi.org/10.1037/a0033417>

Yoto, A., Katsuura, T., Iwanaga, K., & Shimomura, Y. (2007). Effects of object color stimuli on human brain activities in perception and attention referred to EEG alpha band response. *Journal of Physiological Anthropology*, 26(3), 373–379.

<https://doi.org/10.2114/jpa2.26.373>

Young, J.E., Klosko, J. y Weishaar, M. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York Guilford.

Zaheer, J., Links, P. S., & Liu, E. (2008, September). Assessment and Emergency Management of Suicidality in Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.007>

- Zanarini, MC. & Frankenburg, F. (2008). A preliminary, randomized trial of psychoeducation for women with borderlin...: EBSCOhost. *Journal of Personality Disorders*, 22(3), 284–290. Retrieved from <http://web.b.ebscohost.com.sire.ub.edu/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6fc87ba2-f410-473b-a26b-72aad17008f5%40sessionmgr101>
- Zanarini, M. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.164.6.929>
- Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*. <https://doi.org/10.1007/s11920-004-0041-9>
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., & Frankenburg, F. R. (2003). Omega-3 fatty acid treatment of women with borderline personality disorder: A double-blind, placebo-controlled pilot study. *American Journal of Psychiatry*, 160(1), 167–169. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.1.167>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998a). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998b). Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 39(5), 296–302. <https://doi.org/10.1016/S0010->

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005a). Psychosocial functioning of borderline patients and axis II comparison subjects followed prospectively for six years. *Journal of Personality Disorders, 19*(1), 19–29. <https://doi.org/10.1521/pedi.19.1.19.62178>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2005b, October). The McLean Study of Adult Development (MSAD): Overview and implications of the first six years of prospective follow-up. *Journal of Personality Disorders, 19*(5), 505–519. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.505>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*(5), 827–832. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.5.827>
- 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. *American Journal of Psychiatry, 160*(2), 274–283. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.160.2.274>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/COMP.2001.19749>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: A 16-year

prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 169(5), 476–483.

<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M.

(2015). Treatment rates for patients with borderline personality disorder and other personality disorders: A 16-year study. *Psychiatric Services*, 66(1), 15–20.

<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400055>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. M. (2016).

Fluidity of the subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder over 16 years of prospective follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 173(7), 688–694. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15081045>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Garrett, F. (2010). Time to

attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 167(6), 663–667. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09081130>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Harned, A. L., & Fitzmaurice, G. M.

(2015). Rates of psychotropic medication use reported by borderline patients and axis II comparison subjects over 16 years of prospective follow-up. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 35(1), 63–67.

<https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000000232>

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., &

McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 929–935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>

- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2015). The course of marriage/sustained cohabitation and parenthood among borderline patients followed prospectively for 16 years. *Journal of Personality Disorders, 29*(1), 62–70. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_147
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Ridolfi, M. E., Jager-Hyman, S., Hennen, J., & Gunderson, J. G. (2006). Reported childhood onset of self-mutilation among borderline patients. *Journal of Personality Disorders, 20*(1), 9–15. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.1.9>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders, 3*(1), 10–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry, 30*(1), 18–25. [https://doi.org/10.1016/0010-440X\(89\)90114-4](https://doi.org/10.1016/0010-440X(89)90114-4)
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Aguirre, B. A., Hein, K. E., & Goodman, M. (2019). Risk Factors for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *Journal of Personality Disorders, 1*–8. https://doi.org/10.1521/pedi_2019_33_425
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). A Screening Measure for BPD: The McLean Screening Instrument for Borderline Personality Disorder (MSI-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17*(6), 568–573. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.6.568.25355>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F.

R., & Hennen, J. (2003). Zanarini rating scale for borderline personality disorder (ZAN-BPD). *Journal of Personality Disorders, 17*(3), 233–242.

<https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.233.22147>

Zeigler-Hill, V., & Abraham, J. (2006). Borderline personality features: Instability of self-esteem and affect. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*(6), 668–687.

<https://doi.org/10.1521/jscp.2006.25.6.668>

Zhang, W. (2019). Characteristics of Working Memory in Patients with Borderline Personality Disorder. *Investigación Clínica, 60*(6).

Zimmerman, M., Chelminski, I., & Young, D. (2008, September 1). The Frequency of Personality Disorders in Psychiatric Patients. *Psychiatric Clinics of North America*. Elsevier. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2008.03.015>

Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2013). Is dimensional scoring of borderline personality disorder important only for subthreshold levels of severity? *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 244–251.

https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_022

Zimmerman, M., & Coryell, W. H. (1990). Diagnosing Personality Disorders in the Community: A Comparison of Self-report and Interview Measures. *Archives of General Psychiatry, 47*(6), 527–531.

<https://doi.org/10.1001/archpsyc.1990.01810180027005>

Zimmerman, M., Galione, J. N., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Morgan, T. A. (2012). Does the diagnosis of multiple Axis II disorders have clinical significance? *Annals of Clinical Psychiatry, 24*(3), 195–201.

Zimmerman, M., Galione, J. N., Ruggero, C. J., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple,

K., & McGlinchey, J. B. (2010). Screening for bipolar disorder and finding borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *71*(9), 1212–1217. <https://doi.org/10.4088/JCP.09m05161yel>



Zimmerman, M., Multach, M. D., Dalrymple, K., & Chelminski, I. (2017). Clinically useful screen for borderline personality disorder in psychiatric out-patients. *British Journal of Psychiatry*, *210*(2), 165–166. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.182121>

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. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911>

Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The role of gender in the clinical presentation of patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, *16*(3), 277–282. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.277.22540>

12. ANEXOS

ANEXO 1. Autorización Comité Provincial de Ética de Málaga.

	<p>Servicio Andaluz de Salud CONSEJERÍA DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES</p>	<p><i>Comité de Ética de la Investigación Provincial de Málaga</i></p>
<p>Dra. Dña. Gloria Luque Fernández Secretaría del CEI Provincial de Málaga</p>		
<p>CERTIFICA</p>		
<p>Que el CEI Provincial de Málaga en su reunión del día 26/03/2015, ha evaluado la propuesta de la Dra. Silvia Elisa Hurtado Santiago, referido al Proyecto de Investigación titulado: "Eficacia de la Terapia Icónica para el tratamiento de la estabilidad emocional en población joven con ideación o conducta suicida de baja letalidad".</p>		
<p>Este Comité lo considera ética y metodológicamente correcto.</p>		
<p>Los datos de los pacientes deberán estar debidamente disociados.</p>		
<p>La composición del CEI en esta sesión es la siguiente:</p>		
<p>Dra. Ana Alonso Torres (UGC Neurociencias)</p>	<p>D. José Vallejo Triano (Biblioteca)</p>	
<p>Dr. Miguel A. García Orodoñez (UGC Med. Interna)</p>	<p>Dra. Mª Carmen Vela Márquez (Farmacéutica Distrito)</p>	
<p>Dra. Mª Angeles Gertrudis Díez (Médico-Familia)</p>		
<p>Dr. Manuel Herrera Gutiérrez (UGC UMI)</p>		
<p>Dr. José Leiva Fernández (Médico Familia)</p>		
<p>Dra. Aránzazu Linares Alarcón (UGC Farmacia Hospitalaria)</p>		
<p>Dr. Antonio López Téllez (Médico de Familia)</p>		
<p>Dña. Inmaculada Lupiáñez Pérez (Enfermera)</p>		
<p>Dra. Gloria Luque Fernández (Investigación)</p>		
<p>Dr. Fermín Mayoral Cleries (UGC Salud Mental)</p>		
<p>Dra. Cristobalina Mayorga Mayorga (Laboratorio)</p>		
<p>Dra. Eva Mingot Castellanos (UGC Hematología)</p>		
<p>Dr. Víctor Navas López (UGC Pediatría)</p>		
<p>D. Antonio J. Núñez Montenegro (Subdirección Enfermería)</p>		
<p>D. Ramón Porras Sánchez (RRHH-Abogado)</p>		
<p>Dña. Virginia Salinas Pérez (UGC Neurociencias-Enfermería)</p>		
<p>Dra. Mª José Torres Jaén (UGC Alergia)</p>		
<p>Dr. Pedro Valdivielso Felices (UGC Med. Interna)</p>		
<p>No existiendo ningún tipo de conflicto ético, es por lo que el CEI acepta que dicho Proyecto de Investigación sea realizado.</p>		
<p>Lo que firmo en Málaga, a 27 de Marzo 2015</p>		
		
		<p>Fdo.: Dra. Gloria Luque Fernández Secretaría del CEI</p>

Terapia
Icónica

**MÓDULO 1: COMPRENDIENDO EL PROBLEMA,
MOTIVÁNDOSE Y ADQUIRIENDO ALGUNAS
HABILIDADES BÁSICAS**

SESIÓN 1

Objetivo: Comprender que es posible suplantar los viejos patrones de pensamientos, sentimientos y conductas desadaptativas por otros más sanos (serán aprendidos a lo largo del proceso terapéutico).

Contenidos:

-Presentación.

-Modelo explicativo de la conducta inestable: visualización del origen y perpetuación del problema por medio del esquema de principal de la terapia (un proceso circular del que es difícil salir).

-Educación para el reconocimiento de las reacciones cognitivas y conductuales del paciente cuando existe carga emocional (autoagresión, heteroagresión, escape, idealización y manipulación).

-Visualización del modelo terapéutico integrado fomentando la expectativa para la próxima sesión (facilitación de cambio)

SESIÓN 2

Objetivo: Adquirir experiencias de aprendizaje y habilidades para la regulación emocional.

Contenidos:

-Elaboración del modelo terapéutico: técnicas para el automanejo de emociones

Frase llave para el autobloqueo de los pensamientos negativos y el cambio de actitud,

Enfriamiento para la distracción, distanciamiento emocional, aceptación y análisis del problema.

-Entrenamiento en 3 de las 4 habilidades básicas que se aprenden en esta terapia: toma de decisiones, aprendizaje de los errores para la automejora y persistencia hacia la meta en forma de zig-zag.

MÓDULO 2: INTIMIDAD Y EMPATÍA (RELACIONES INTERPERSONALES)

SESIÓN 3

Objetivos:

-Experimentar la sensación de autoeficacia durante las distintas interacciones con el grupo.

-Favorecer el aprendizaje de una nueva forma de relacionarse con los demás.

Contenidos:

- Entrenamiento en la habilidad de solucionar conflictos interpersonales: “expresar malestar llegando a un acuerdo”.

-Supuestos prácticos a resolver en grupo.

SESIÓN 4

Objetivo: Experimentar la sensación de autoeficacia durante las distintas interacciones con el grupo.

Contenidos:

- Entrenamiento en la habilidad de solucionar conflictos interpersonales: “recibir críticas sin sentirse ofendido” y distanciamiento emocional de las relaciones dañinas cuando no es posible llegar a un acuerdo (*icono del muro de cristal*).

-Supuestos prácticos a resolver en grupo.

SESIÓN 5

Objetivos:

-Aprender a interpretar la realidad con mayor objetividad.

-Puesta en práctica de conductas que reflejen las intenciones y deseos que habitualmente suelen inhibirse.

-Reconceptualización de cogniciones y prejuicios que generan conflictos relacionales.

Contenidos:

-Manejo de emociones y cogniciones que dificultan las relaciones:

-Hostilidad por falta de flexibilidad: creencia de que la verdad absoluta, existe (*icono del monte*).

-Orgullo: priorizar la meta vital, sin querer “quedar por encima”.

-Inhibición: aprender a respetar y defender lo que para tí es importante (*icono del bolígrafo*).

-Expectativas hacia los demás: tomar la iniciativa y hacer/ pedir lo que necesitas (*icono del ramo de flores*).

-Filtros cognitivos: detectar los esquemas básicos de percepción y sustituirlos por otros mas adaptativos (*icono de las gafas de colores*).

-Atribución externa: iniciar el cambio sin esperar pasivamente a que otros lo hagan, pero hacerlo con realismo (*icono de la torre de libros*).

-Supuestos prácticos para resolver en grupo.

MÓDULO 3: IDENTIDAD Y AUTOESTIMA

SESIÓN 6

Objetivo: Ganar seguridad personal y adquirir un sentido del yo más estable.

Contenidos:

-Encauzamiento de los rasgos de personalidad (*icono del río*).

-Cómo empezar a compararse con uno mismo y avanzar hacia la superación para empoderarse, en vez de compararse con los demás (*icono de las barras*).

-La impotencia de reconocerse uno mismo y posicionarse con respecto a los demás (*iconos del mimetismo y del posicionamiento*).

SESIÓN 7

Objetivo: Ganar seguridad personal y adquirir un sentido del yo más estable.

Contenidos:

-Mecanismo de perpetuación de la sensación de vacío (*icono de la auto-trampa de la descalificación*).

-Desarrollo de cualidades por medio del autocuidado (*icono de las muñecas rusas*).

- Fomentar las tendencias de acción positivas para minimizar proporcional y progresivamente las negativas (*icono de los positivos y negativos*).

-Descubrimiento de cualidades ocultas huyendo de los

prejuicios (icono de *Mozart*).

SESIÓN 8

Objetivo: Ganar seguridad personal y adquirir un sentido del yo más estable.

Contenidos:

- Pistas para alcanzar el equilibrio personal (*icono de la mesa*).
- Por qué caemos y cómo salimos de la dependencia interpersonal (*icono de la bandera*).
- Cómo evitar que nos paralicen las vivencias del pasado (*icono de la tela de araña*).

MÓDULO 4: AUTODIRECCIÓN PERSONAL.

SESIÓN 9

Objetivo: Encontrar la autodirección personal (meta vital) para fortalecer el control de la impulsividad y reducir posibles riesgos.

Contenidos:

- Libertad vs esclavitud de los impulsos: reconceptualización.
- Pistas para encontrar la meta vital que libera y da sentido a tu vida.
- Establecimiento de las metas concretas que aproximan hacia la vital (*icono del abanico*).

SESIÓN 10

Objetivo: Instigar la conducta prosocial y la resiliencia ante la adversidad.

Contenidos:

- La adversidad como generadora de energía para avanzar hacia la meta (*icono del barco de vela*).
- Principios y valores como guía en la toma de decisiones.
- Ejercicios practicos sobre cómo otras personas han encontrado sus propias metas.

REPASO FINAL 2 SEMANAS DESPUÉS (SESIÓN 11): Prevención de recaídas. Taller de repaso de las estrategias aprendidas a lo largo de las 10 sesiones anteriores y evaluación post-tratamiento.

REPASO A LOS 6 MESES (SESIÓN 12): Prevención de

	<p>recaídas. Revisión de las habilidades aprendidas. Comprobación de cuantas y cuáles han utilizado. Definir posibles situaciones en las que han tenido dificultad para su aplicación y repaso de las habilidades que le habrían sido útiles en dichas situaciones.</p> <hr/> <p>REPASO A LOS 12 MESES (SESIÓN 13): Prevención de recaídas. Evaluación de seguimiento y, posteriormente, taller para el repaso de las habilidades aprendidas, comprobando cuantas y cuáles han utilizado.</p>
--	--

<p>Terapia de apoyo</p>	<p>SESIÓN 1: RELACIONES INTERPERSONALES Objetivo: Practicar la moderación y búsqueda de acuerdos en un ambiente seguro e informal. <i>NOTA: PARCIALMENTE EQUIVALENTE AL MÓDULO DE RELACIONES INTERPERSONALES DE TERAPIA ICÓNICA.</i> Contenidos: -Presentación. -Vídeo y debate. ¿Pueden los amigos o conocidos llegar a convertirse en familia? ¿Cómo de importante es para ti contar con el apoyo de un amigo? ¿Es posible encontrar amigos por internet?.</p> <p>SESIÓN 2. LOS RIESGOS DE INTERNET. Objetivo: Practicar la moderación y búsqueda de acuerdos en un ambiente seguro e informal. Contenidos: Video y debate. ¿Para que se usan las redes sociales? Para colgar selfies, para encontrar amigos,... riesgos que acarrear.</p> <p>SESIÓN 3: INESTABILIDAD EMOCIONAL Y CONTROL DE IMPULSOS. Objetivo: Debatir las implicaciones de la inestabilidad emocional y compartir estrategias sobre cómo afrontarla. Contenidos: -Esquema explicativo (eje de coordenadas) acerca de cómo se origina el círculo vicioso de la inestabilidad emocional y la dificultad para regularla en los trastornos emocionales. <i>NOTA: EQUIVALENTE AL MODELO EXPLICATIVO DE TERAPIA ICÓNICA.</i> -Definición de impulsividad. La técnica de la tortuga (detectar la emoción, parar, esconderse para respirar dentro del caparazón, salir y pensar en una solución). <i>NOTA: EQUIVALENTE AL ENFRIAMIENTO DEL MODELO INTEGRADO DE TERAPIA ICÓNICA.</i></p> <p>SESIÓN 4: PERCEPCIÓN DE EMOCIONES, REGULACIÓN EMOCIONAL CON APOYO EN LA TÉCNICA DE RELAJACIÓN DE JACOBSON. Objetivo: Que sean capaces de convivir y controlar sus propias emociones reemplazándolas por otras más adaptativas. <i>NOTA: PARCIALMENTE EQUIVALENTE AL ENFRIAMIENTO DEL MODELO INTEGRADO Y PARTE DEL MÓDULO DE RELACIONES INTERPERSONALES DE TERAPIA ICÓNICA.</i> Contenidos: -<i>Role-playing</i>: El terapeuta lee una pequeña historia y los participantes interpretan las emociones que esta les ha suscitado a través de su actitud (distráidos, agresivos o interesados). El resto del grupo debe adivinar el nombre y la intensidad de la emoción así como el tipo de estrategia que podría utilizarse para afrontarla. -Técnica de Jacobson en vivo, con música relajante de fondo.</p>
-------------------------	---

SESIÓN 5: HABILIDADES SOCIALES

Objetivo:

Aprender a detectar las habilidades sociales naturales que cada uno posee.

Contenidos:

- Definición de empatía y asertividad. Ejemplos prácticos.
-*Role-playing* “el paraguas de la asertividad”: se lleva un paraguas que cada participante deberá sujetar por turnos. El terapeuta expone ejemplos de situaciones cotidianas incómodas. La persona que porte el paraguas, deberá imaginar y expresar cómo se quejaría ante el resto del grupo.

SESIÓN 6: HABILIDADES SOCIALES II.

Objetivo:

Potenciar la conducta asertiva en un ambiente seguro.

Contenidos:

-*Role-playing* presentación: los participantes deben presentarse a sí mismos, mantener 5 minutos de conversación con su compañero de la derecha y expresar ante el resto del grupo la que cree que es la mejor cualidad de su compañero.
-Los participantes deben preguntar a los terapeutas dudas sobre el contenido de esa sesión, o bien de las anteriores, para afianzar sus conocimientos desde la asertividad.

SESIÓN 7: AUTOIMAGEN Y ESTILOS DE COMUNICACIÓN.

Objetivo:

Aprender a detectar las necesidades propias y de los demás en la comunicación no verbal.

Contenidos:

-Definición de auto-imagen e identidad a través de la evocación de una persona a la que admiren (famosos, familia, amigos,...) con el fin de detectar características similares en uno mismo.

NOTA: COMPATIBLE CON EL ICONO DE MOZART DE TERAPIA ICÓNICA (MÓDULO DE IDENTIDAD Y AUTOESTIMA.

-Exposición sobre los distintos estilos de comunicación: pasivo, agresivo o asertivo. Posteriormente visualizan un video en el que aparecen personas con diferentes estilos y ellos deben ser capaces de identificarlos.

SESIÓN 8: MINDFULNESS

Objetivos:

-Fomentar la capacidad contemplativa.
-Desarrollar la habilidad de tomar perspectiva y aceptar el problema, aquí y ahora.
-Aumentar la tolerancia a la frustración.

Contenidos:

-Los participantes, sentados en el suelo, deberán introducirse una uva pasa en la boca y saborearla siguiendo las instrucciones del terapeuta como experiencia personal de conciencia plena.

-Se comparte en grupo y se debate si se han experimentado cambios: en la percepción de los sentidos, en las sensaciones corporales, en las emociones, en los pensamientos.

-Se les indica que la idea es ir dominando y generalizando la experiencia contemplativa a situaciones problemáticas.

-Se les entrega un folio con una serie de instrucciones básicas para que puedan practicar más ejercicios en casa y terminar adquiriendo la habilidad.

SESIÓN 9: AUTOESTIMA

Objetivo:

Mejorar el nivel de autoconciencia.

Contenidos:

-Definición del término autoestima y de las principales características personales de cada uno: cada participante debe anotar en un papel los 5 adjetivos que cree que mejor le definen y entregárselo al terapeuta de manera anónima. Cuando se trate de un defecto, el terapeuta explica su utilidad y el modo de convertirlo en cualidad.

NOTA: COMPATIBLE CON EL ICONO DEL RÍO DE TERAPIA ICÓNICA (MÓDULO DE IDENTIDAD Y AUTOESTIMA).

SESIÓN 10: AUTOESTIMA II

Objetivo:

Mejorar la autoestima.

Contenidos:

-Autoestima: los participantes reciben instrucciones a cerca de cómo cuidar su cuerpo, conocer sus cualidades, confiar en ellas y empezar a usarlas para no depender en exceso de la aprobación social.

NOTA: COMPATIBLE CON EL ICONO DE PERFIL DE BARRAS DE TERAPIA ICÓNICA (MÓDULO DE IDENTIDAD Y AUTOESTIMA).

-Autorrealización: ser conscientes de sus mejores cualidades, los participantes deben pensar en alguna actividad por la que puedan sentir cierta motivación y pensar diferentes modos de entrar en contacto con ella.

PARCIALMENTE COMPATIBLE CON LA DEFINICIÓN DE "META VITAL PARA LA AUTODIRECCIÓN" DE TERAPIA ICÓNICA.

REPASO FINAL 2 SEMANAS DESPUÉS (SESIÓN 11):

Repaso de los conocimientos y estrategias aprendidas a lo largo del programa y evaluación de post-tratamiento.

REPASO A LOS 6 MESES (SESIÓN 12): Prevención de recaídas. Taller para el repaso de estrategias aprendidas.

REPASO A LOS 12 MESES (SESIÓN 13): Prevención de recaídas. Evaluación de seguimiento. Taller para el repaso de las estrategias aprendidas y evaluación de seguimiento.

ANEXO 4 *Autolesión no suicida (ANS) según los criterios del DSM- 5 (APA, 2014)*

1. ¿Te has provocado intencionadamente lesiones en el cuerpo que hayan producido sangrado, hematomas o dolor (por ejemplo cortar, quemar, pinchar, golpear, frotar en exceso) (en el último año/ desde que empezó esta terapia)?
 - Nunca
 - Menos de 5 veces
 - Cinco o más veces

2. ¿En qué parte del cuerpo?
 - Muñecas
 - Brazos
 - Cara
 - Muslos
 - Tronco
 - Otros (especificar)

3. Cuando lo hacías, deseabas (marca una o varias respuestas):
 - Aliviar sufrimiento (enfado, tristeza, ansiedad, impotencia,...)
 - Conseguir el apoyo de alguien con quien tienes un conflicto
 - Autocastigarte
 - Sentir que estás vivo y eres real
 - Para no hacer algo peor ya que no quieres morir
 - Para morir
 - Otras (especificar)

4. Justo antes de hacerte daño tienes (marca una o varias):
 - Dificultades con una persona
 - Sentimientos o pensamientos negativos (enfado, depresión, ansiedad, autocrítica,...)
 - Preocupación de ver que no te controlas
 - Piensas mucho en autolesionarte aunque no siempre lo hagas
 - Otras (especificar)

5. Lo peor que te has hecho es arrancarte la costra de una herida o un piercing/ tatuaje (como mucho).
SI /NO

6. El daño que te haces trae consecuencias negativas en tu familia, con los estudios, trabajo o amigos.
SI /NO

7. Cuando te haces daño eres plenamente consciente de ello y no a consecuencia de alucinaciones o consumo de tóxicos.
SI /NO

8. Marca con una cruz cuánto de grave ha llegado a ser el daño

0	No hay daño físico o es muy poco (Ej: rasguños superficiales)
1	Daño físico menor (Ej: habla aletargada, quemaduras 1er grado, esguinces, sangrado ligero)
2	Daño Físico moderado , requiere atención médica(Ej: consciente pero somnoliento, quemaduras 2º grado, sangrado conducto sanguíneo principal)
3	Daño físico moderadamente grave , requiere hospitalización y posible cuidado intensivo (Ej está en coma con reflejos intactos, quemaduras 3er grado, fracturas graves, pérdida de sangre importante)
4	Daño físico grave : requiere hospitalización con cuidado intensivo (ej: coma sin reflejos, quemaduras 3er grado más del 20% del cuerpo, pérdida de sangre que inestabiliza signos vitales inestables, daño grave en un área vital)