

UNIVERSIDAD FERNANDO PESSOA CANARIAS



“DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA
PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA SOBRE LA EFECTIVIDAD DE
INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS”

Miriam de Guadalupe Ramírez Losada

Grado en Psicología

2019/2020

ÍNDICE

1. Resumen	3
2. Introducción.....	5
3. Formulación del problema y justificación	14
4. Método.....	22
4.1. Criterios de selección de los estudios	23
4.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información	24
4.3. Evaluación del riesgo de sesgos	28
4.4. Análisis y síntesis de datos	29
5. Resultados	30
5.1. Estudios seleccionados	30
5.2. Descripción de las características de los estudios	30
5.3. Riesgo de sesgos de los estudios incluidos	33
5.4. Principales efectos de las intervenciones	35
6. Discusión	38
7. Conclusiones	40
7.1. Fortalezas	40
7.2. Limitaciones y propuestas de mejora	41
7.3. Líneas futuras	42
8. Referencias	44

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. <i>Criterios de búsqueda en PubMed</i>.....	25
Tabla 2. <i>Criterios de búsqueda en Scopus</i>	26
Tabla 3. <i>Características principales de los estudios</i>	31
Tabla 4. <i>Evaluación del riesgo de sesgos</i>	34
Tabla 5. <i>Resultados de las intervenciones</i>	35
Figura 1. <i>Diagrama de flujo de la información de las fases de la revisión sistemática</i>	27

1. Resumen

La desregulación emocional se ha planteado como un factor clave en el diagnóstico y consiguientes intervenciones para el trastorno límite de la personalidad (TLP). Surgen dos recomendaciones terapéuticas para abordarla: la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y la Terapia Basada en la Mentalización (TBM). Varios estudios expresan que estas terapias han resultado ser efectivas para reducir la desregulación emocional, las autolesiones, las conductas suicidas y las relaciones interpersonales desadaptativas propias del TLP. Así, esta revisión tiene como objetivo conocer la efectividad diferencial de ambas, concretamente, sobre la desregulación emocional. Teniendo como base el método PRISMA, se escogieron cinco estudios que fueron revisados en profundidad. Los resultados muestran que ambas terapias resultan muy efectivas, disminuyendo significativamente la desregulación emocional del TLP, teniendo mejores resultados la TDC. Las conclusiones muestran que, aunque ambas terapias son efectivas, se puede sugerir que la TDC sea mejor que la TBM sobre la desregulación emocional al estar diseñada con el objetivo de tratar dicha variable, además de presentar beneficios a lo largo del tiempo. Se advierte, la necesidad de que haya una mejora en los diseños comparativos entre ambas terapias, enfocada a una mejor decisión clínica terapéutica.

Palabras clave: *desregulación emocional, trastorno límite de personalidad, terapia dialéctica conductual, terapia basada en la mentalización, DERS.*

Abstract

Emotional dysregulation has been raised as a key factor in the diagnosis and subsequent interventions for borderline personality disorder (BPD). Two therapeutic recommendations emerge to address it: Dialectical behavioral therapy (DBT) and Mentalization-based treatment (MBT). Several studies states that these therapies have turned out to be effective in reducing emotional dysregulation, self-harm, suicidal behavior and maladjusted interpersonal relationships that are well known in BPD. Thus, the aim of this review is to address the differential effectiveness of both therapies, specifically, on emotional dysregulation. Based on the PRISMA method, five studies were chosen and reviewed in depth. The results show that both therapies are very effective, significantly reducing the emotional dysregulation in BPD, with better results in improvement in the case of DBT. The conclusions suggest that, although both therapies are effective, DBT could be better than MBT in terms of emotional

dysregulation, given that it has been designed with the objective of treating this variable, in addition to presenting benefits over time. There is a need for an improvement in the comparative designs between the two therapies, focused on a better clinical therapeutic decision.

Keywords: *emotional dysregulation, borderline personality disorder, dialectical behavioral therapy, mentalization-based treatment, DERS.*

2. Introducción

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP), es definido como un patrón en el que predomina la inestabilidad tanto de las relaciones interpersonales como de la autoimagen y de los afectos (APA, 2014). Además, presenta como factor clave una desregulación emocional que es determinante en dicho patrón. Esta disfunción implica dificultades para identificar experiencias emocionales específicas, modular la activación asociada, tolerar el malestar y emplear las respuestas emocionales como interpretaciones válidas de lo que se está experimentando (Martín et al., 2012). Las personas con TLP tienen en este factor un parámetro importante que no solo forma parte del diagnóstico, sino que tiene el potencial de ser diana de intervenciones efectivas.

Tanto el DSM5 (APA, 2014) como la CIE11 (OMS, 2019), coinciden en describir a esta como un trastorno que: presenta una fuerte impulsividad, la cual aparece en las primeras etapas de la vida adulta y se encuentra en diferentes contextos que rodean a la persona con este trastorno; y, algún tipo de disfunción interpersonal para mantener y desarrollar relaciones interpersonales placenteras, empatizar con los otros y gestionar conflictos relacionales. Además, la CIE11, considera al TLP, un trastorno grave de la personalidad en el que, además de las características anteriormente nombradas, existe un importante riesgo tanto para la persona que lo padece como para su entorno (Esbec y Echeburúa, 2015).

Las personas con TLP, también, presentan dificultades en el funcionamiento de ciertos aspectos del yo, como la autoestima y el autoconcepto; y, se puede manifestar a través de la alteración de la identidad con alta inestabilidad y persistencia de la autoimagen y del sentido del yo; ideas paranoides episódicas que se relacionan con el estrés o con síntomas disociativos graves; conductas o amenazas continuas de suicidio; sensación crónica de vacío; enfado inapropiado y dificultad para controlar la ira; y, una inestabilidad afectiva por causa de una gran reactividad del estado de ánimo (momentos de disforia, irritabilidad o ansiedad duraderas en el tiempo) (APA, 2014; OMS, 2019).

La alteración como tal, se da en una inadaptación de la cognición, de la experiencia y de la expresión tanto emocional como conductual, y se manifiesta en un sinfín de circunstancias personales y sociales, no reduciéndose a relaciones o roles sociales propios.

Realmente, dicha alteración, se asocia con un gran malestar y un importante deterioro personal, social, familiar, educativo, laboral y de demás áreas fundamentales de funcionamiento.

La desregulación emocional

Además de todo esto, el TLP presenta como característica clave y fundamental, la desregulación emocional, la cual ha sido también informada por los pacientes que padecen este trastorno (Feliu et al., 2013). Es más, posiblemente la gran mayoría de características disfuncionales propias del TLP, están vinculadas con la existencia de una desregulación emocional de base (Hervás, 2011).

Este papel crucial de la desregulación emocional en el TLP se debe, en gran medida, al hecho de que muchos de los comportamientos impulsivos que sobreexpresan las personas que lo padecen (p.ej. intentos de suicidio, abusos, automutilaciones) son provocados por una mala, escasa o nula regulación de las emociones.

Así, la desregulación emocional implica una excitación emocional negativa elevada, una mayor reactividad emocional a estímulos emocionales y un retraso en la recuperación de la línea base emocional después de que se haya dado un acontecimiento negativo. Es lo que sostiene el modelo biosocial de Linehan (Feliu et al., 2013).

Siguiendo en la línea del modelo biosocial de Linehan, el desarrollo del TLP se suele dar en personas que heredan rasgos de impulsividad de sus progenitores y que alcanzan escasas habilidades de regulación emocional, en mayor medida, en los procesos de socialización. Además, el combinar la impulsividad rasgo con una labilidad emocional sostenida en un entorno familiar de alto riesgo, hace que se fomenten estrategias de afrontamiento desadaptativas y que se dé una dificultad para desplegar relaciones interpersonales adecuadas (Tobella et al., 2015).

Esta falta de estrategias y de habilidades emocionales apropiadas influye en que la regulación de las emociones no se desarrolle. Muchas veces, esta falta de regulación hace que se produzca un descontrol en la expresión y recepción de las emociones, derivando en un exceso de las expectativas y la comprensión que tiene la persona acerca de estas. Además, estas emociones reaccionan de manera contraria cuando se busca controlarlas, haciendo que se vayan afianzando patrones en los que su resolución se convierte en algo difícil y, por tanto, se terminen viendo afectados el funcionamiento psicológico y social de la persona (Hervás, 2011).

Precisamente, la desregulación emocional comprende una gran variedad de dificultades que guardan relación con la experiencia emocional y con su correspondiente modulación (Tobella et al., 2015) y, de hecho, se ha relacionado con problemas vinculados a la intensidad, la frecuencia y la duración de las respuestas emocionales, además de la dificultad que conlleva el estructurar la experiencia emocional de manera óptima y adaptativa.

La posibilidad de intervenir promoviendo esa adaptación, parte de la premisa de que, de la misma forma que los procesos emocionales son fundamentales para que se dé un óptimo funcionamiento psicológico, también son los que promueven trastornos psicopatológicos (Hervás, 2011).

Se torna importante entonces, la sugerencia planteada a principios de este siglo por varios autores, que sustentaba la necesidad de tener en cuenta las emociones y su correspondiente regulación en la investigación psicopatológica. Es relativamente reciente cuando se han empezado a investigar, cada vez con más iniciativa y abundancia, los procesos relacionados con la emoción en lo que a vulnerabilidad y mantenimiento de los trastornos mentales se refiere (Hervás, 2011).

Debido a esta importancia de las emociones de la que se habla y teniendo en cuenta su papel central en la presentación y curso del TLP, varias son las terapias que han surgido con el propósito de centrarse en dicho patrón para mejorar la calidad de vida de las personas con TLP, englobándose en este trabajo la efectividad de la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y de la Terapia Basada en la Mentalización (TBM).

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC)

La TDC, puesta en marcha por Marsha Linehan en los años 80, es una intervención cognitivo conductual transdiagnóstica y multidagnóstica integral diseñada para dirigirse a personas con características clínicas complejas que incluyen comportamientos amenazantes para la vida y una grave desregulación de los dominios de la emoción, la cognición y el comportamiento (Lungu y Linehan, 2017).

Más concretamente, la TDC forma parte de las terapias de tercera generación que une técnicas cognitivo conductuales con ideas como la atención plena, los valores y la aceptación, es decir, con aproximaciones zen, las cuales requieren que el paciente lleve a cabo la meditación. Esta última resultaba difícil de poner en práctica para las personas con TLP debido a la desregulación emocional que presentaban. Así, Linehan la transformó, combinando el Mindfulness con el trabajo de habilidades de aceptación de la realidad, poniendo énfasis en la experiencia por esta permitir tanto el inicio de la puesta en marcha del tratamiento como el hecho de que la evolución se mantuviese a lo largo del tiempo (Lungu y Linehan, 2017; Vega y Sánchez, 2013).

Inicialmente, esta terapia estaba destinada a personas adultas con alto riesgo de suicidio. Pero, más tarde, debido a la fuerte evidencia de efectividad que generó en personas diagnosticadas con TLP con alto riesgo de suicidio, abuso de drogas u otros problemas crónicos,

las personas con TLP pasaron a ser un población objetivo de esta terapia (Lungu y Linehan, 2017).

Así, la TDC busca tratar específicamente, los síntomas que caracterizan al TLP, es decir, la labilidad emocional, la impulsividad, el trastorno de identidad y las dificultades de relación con los demás. Tiene como base un modelo biosocial de la desregulación emocional desarrollado por Linehan para explicar el desarrollo de los factores que contribuyen a esta desregulación emocional. Este modelo, comprende dos factores que interactúan entre sí: una tendencia biológica a la vulnerabilidad emocional y un entorno social que incapacita al niño no enseñándole como entender, aceptar, tolerar y gestionar las emociones (Lung y Linehan, 2017).

De esta forma, Lung y Linehan (2017), exponen que una importante consecuencia de este modelo de terapia comportamental es que todas las conductas y cogniciones desreguladas que representan los objetivos de la TDC, pueden vincularse con la desregulación emocional y los componentes del entorno.

Por tanto, el tratamiento de la TDC, se compone de una psicoterapia individual, en la que se da un diálogo persuasivo entre el terapeuta y el paciente buscando que este último cambie sus comportamientos y su visión del mundo para que haya un acuerdo mutuo en lo que se pretende conseguir con la terapia. En este contexto, Lung y Linehan (2017), exponen que la dialéctica funciona como un método de persuasión en el que el terapeuta identifica y expresa las contradicciones del paciente (antítesis) y ayuda a este a llegar a un punto en el que pueda reconciliar a las visiones opuestas (síntesis). Además de la psicoterapia individual, el tratamiento también lleva a cabo sesiones grupales de entrenamiento de habilidades, una asistencia telefónica en periodos crisis y una periodicidad de sesiones para supervisar el desarrollo del paciente. Todo ello, es puesto en marcha por un equipo de profesionales que se coordinan desempeñando diferentes funciones que confluyen con el propósito de conseguir el objetivo de la terapia, es decir, que haya un aumento de la regulación emocional y que, por tanto, se desarrolle una conducta menos disruptiva y una mayor adaptación al entorno, sobre todo en el ámbito de las relaciones interpersonales (Vega y Sánchez, 2013).

Así, la TDC se desarrolla en una serie de preguntas paso a paso sobre: el entorno, las reacciones cognitivas y las respuestas psicológicas que dan lugar a una conducta. Una vez que la cadena de preguntas ha terminado y el terapeuta entiende todos los componentes que crean un impacto en el comportamiento de la persona con TLP, ambos pueden centrarse en aquellos componentes (del entorno, cognitivos, comportamentales y emocionales) que pueden y quieren cambiarse (Lung y Linehan, 2017).

Más concretamente, la TDC, se ejerce sobre cuatro conjuntos sintomáticos que suelen darse en los individuos con TLP: confusión sobre el *yo*, impulsividad, caos interpersonal e inestabilidad emocional. El fin principal de la terapia, es intervenir con el paciente en el logro de la puesta en marcha de conductas funcionales y adaptativas, aún cuando este se encuentre bajo emociones muy intensas. Las técnicas empleadas engloban: técnicas de exposición, moldeamiento, aprendizaje por modelado, *role playing*, instrucciones y autoinstrucciones y empleo de refuerzos y *feedback*. Sobre todo, se trabaja valorando la experiencia emocional que vive el paciente, sin juzgarlo ni etiquetarlo, sino aceptándolo y acompañándolo en el proceso de cambio que está experimentando (Vega y Sánchez, 2013). Siendo, el fin último de la terapia, que el paciente adquiera habilidades suficientes que le posibiliten regular tanto sus emociones como su comportamiento.

El tratamiento termina, en el momento en el que el paciente haya logrado construir una vida adaptada tanto a él mismo como a la sociedad sin conductas autolesivas ni con la extremidad de las emociones propia del trastorno. Dicho de otro modo, el tratamiento habrá concluido cuando la persona logre “una vida que merezca la pena vivir” (Vega y Sánchez, 2013, p. 46).

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM)

Esta terapia transdiagnóstica, fue desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy para abordar de manera integral, el TLP. Así, esta terapia busca que se de la capacidad de mentalización en esta población, es decir, que esta:

Averigüe más sobre cómo piensa y siente sobre sí mismo y los demás, cómo esto gobierna sus respuestas conforme a los otros y cómo los “errores” en la comprensión de sí mismo y de los otros le llevan a emprender acciones en un intento de mantener la estabilidad y dar sentido a sentimientos incomprensibles” (Bateman y Fonagy, 2004, como se encuentra citado en Vega y Sánchez, 2013, pp. 28-29)

En otras palabras, Bateman y Fonagy (2010), definen la mentalización como el proceso mediante el que las personas dan sentido a los demás y a sí mismos, explícita e implícitamente, en términos de procesos mentales y estados subjetivos. Es un constructo profundamente social sobre en el sentido en el que las personas permanecen atentas a los estados mentales de aquellos con los que están, física o psicológicamente. Generalmente, la mayoría de los trastornos mentales estarían asociados de forma involuntaria a ciertas dificultades con la mentalización.

Se hablaría aquí de el papel transdiagnóstico que tiene esta terapia, no sólo por el hecho de asociar la disfunción de la mentalización con muchos trastornos psicopatológicos, sino porque la mentalización como tal es aplicada como terapia a un gran número de trastornos (p.ej. trastorno de estrés post-traumático, trastornos de la conducta alimentaria y depresión), en multitud de contextos (p.ej. hospitalización interna, hospitalización parcial e instalaciones ambulatorias) y en diferentes grupos de pacientes (p.ej., adolescentes, familias, abuso de sustancias). Aunque, este método de tratamiento está claramente más organizado como una terapia para las personas con TLP (Bateman y Fonagy, 2010).

Además, para Bateman y Fonagy (2010), la existencia de una capacidad frágil de mentalización vulnerable a la interacción social e interpersonal, es considerada como un factor clave del TLP.

La teoría de la mentalización, con base psicodinámica, está basada en la teoría del apego de Bowlby. En ella, hay una evidencia sugestiva de que los pacientes con TLP tienen una historia de apego desorganizado que lleva a que desarrollen problemas con la regulación afectiva, la atención y el autocontrol. Bateman y Fonagy (2010), alegan que esos problemas están mediados por un fallo en el desarrollo de una fuerte capacidad de mentalización. Por tanto, se hace preciso decir que, dicha capacidad de mentalizar no es innata, sino que se tiene que desenvolver en un entorno en el que se dé un apego seguro (Vega y Sánchez, 2013).

En este sentido, la causa más relevante de la disrupción en la mentalización son los traumas psicológicos en la infancia (temprana o tardía). Hecho que mina la capacidad de pensar sobre los estados mentales de los otros o la habilidad de expresar de un modo narrativo sus relaciones del pasado.

En definitiva, la teoría de la mentalización del TLP sugiere: primero, que las personas son vulnerables de manera legítima o han sido expuestas a un trauma psicológico; segundo, que estas dos variables pueden disminuir el desarrollo de las capacidades sociales y cognitivas necesarias para la mentalización, sobre todo cuando la contingencia entre sus experiencias emocionales y el reflejo del cuidador no son congruentes; tercero, que esto resulta en un sistema de apego hipersensible dentro de contextos interpersonales; y, cuarto, que todo esto desemboca en el desarrollo de una habilidad débil para representar el afecto y en un esfuerzo para el control de la capacidad atencional (Bateman y Fonagy, 2010).

Así, las características propias del TLP, son la consecuencia de que se haya anulado de manera parcial y concreta, la mentalización. Sin embargo, esto no significa que las personas con TLP tengan una nula capacidad para entender sus estados mentales. Lo que ocurre es que, en circunstancias en las que se da una alta activación emocional, sobre todo, en las que se dan

unas relaciones de apego intensas, estas personas no son capaces de poner en marcha la mentalización de la que se habla. Tratándose quizás, de una estrategia defensiva desarrollada en la infancia (Vega y Sánchez, 2013).

Es así como la capacidad de mentalización se convierte, para Bateman y Fonagy (2010), en el punto clave para entender y abarcar esta patología. Alegando que, por ser la alteración de dicha capacidad un aspecto fundamental en el transcurso del TLP, la labor terapéutica con estas personas debe centrarse en optimizar y facilitar que se desarrolle la capacidad de mentalizar en un contexto de apego seguro (Vega y Sánchez, 2013).

En esta línea, el foco de la TBM en personas con TLP, debe ser el de establecer el sentido del yo en el paciente y ayudar a este a mantener un nivel óptimo de activación en un contexto de buena gestión, es decir, en un contexto en el que las relaciones de apego entre el terapeuta y el paciente no sean ni muy intensas ni muy distendidas en el tiempo (Bateman y Fonagy, 2010).

Añadir que, para Bateman y Fonagy (2010), los pacientes con TLP tienen una vulnerabilidad en la regulación emocional relacionada con las respuestas y el hecho de generar estrategias efectivas para controlar sus pensamientos y sentimientos, lo que desafía su capacidad de pensar sobre sus propias acciones en términos de comprensión sutil de pensamientos y sentimientos propios. Realmente, estas personas, se deslizan en lo que superficialmente podría describirse como una especie de estado sin sentido, tanto en relación con los demás como con ellos mismos. Por supuesto, la historia resulta ser más complicada que esto, porque estas incapacidades no siempre son evidentes. Es en momentos de angustia emocional, particularmente de angustia provocada por una pérdida real o amenazada, cuando la capacidad de mentalización es más probable se pueda evaporar.

Así, la TBM, tiene como finalidad asistir al paciente en el aumento de su capacidad de mentalización, actuando sobre la exploración y el reconocimiento de sus emociones en múltiples contextos y circunstancias. Realmente, busca incitar que se dé una relación de apego que sea mínimamente significativa para que la persona quiera formar parte de la terapia y que, simultáneamente, sea una persona mentalizadora (Vega y Sánchez, 2013).

Siguiendo la línea, las personas con TLP son exquisitamente sensibles a todas las relaciones interpersonales. Por lo que el terapeuta, antes de llevar a cabo la terapia, necesita ser consciente de que la interacción interpersonal que se dará en ella, inevitablemente va a producir en el paciente una ansiedad relacionada con una pérdida del sentido del yo; y, de que las consiguientes experiencias emocionales rápidamente amenazarán con abrumar las capacidades mentales del paciente, desembocando en un aumento de las emociones y en una incapacidad

para comprender con precisión los motivos de los demás (del terapeuta, en este caso) (Bateman y Fonagy, 2010).

En concreto, el tratamiento de la TBM, combina terapia individual con terapia grupal sin darle más importancia a una que a la otra. Este tratamiento, sigue el modelo de equipo único, en el que hay un equipo multidisciplinar que decide de manera común cómo y qué se va desarrollar con el paciente. El tratamiento como tal, se desenvuelve en tres fases: fase inicial, donde se involucra al paciente en la terapia y se estima la capacidad de mentalización que tiene, analizando sus relaciones interpersonales y la manera en la que este expresa sus experiencias en relación con los sentimientos y pensamientos hacia sí mismo y hacia los demás, concluyendo esta fase con la formulación del caso; fase media, en esta se lleva a cabo la labor más dura para el paciente, ya que se desarrollan la terapia individual y grupal destinadas a trabajar la mentalización como tal (usando técnicas específicas de gran profundidad) y, además, se corre el riesgo de que se dé una contratransferencia que el terapeuta deberá gestionar; y, la fase final, esta se suele dar después de un año o año y medio y, aquí, se prepara a la persona para el fin del tratamiento, entrenando las emociones de pérdida y el mantenimiento de los logros (Vega y Sánchez, 2013).

En conclusión, esta revisión tiene como objetivo principal saber si las dos terapias más extendidas para tratarlo, la TDC y la TBM, son efectivas a la hora de mejorar la desregulación emocional en adultos diagnosticados con TLP, escogiendo la TDC como terapia a ser contrastada. Más específicamente, se pretende ver en qué medida la TDC es efectiva, comparando ambas terapias y viendo de qué manera estas mejoran los síntomas del TLP en cuanto a desregulación emocional se refiere.

Teniendo esto en cuenta, se ha utilizado un método sintético, empleando como guía las directrices del modelo PRISMA. Este método engloba componentes de un objeto de estudio para estudiarlos en su totalidad. Integrando en este caso, la TDC y la TBM con los síntomas del TLP más la desregulación emocional propia de este, para estudiarlos y estructurarlos en este trabajo.

Para ello, se ha llevado a cabo una búsqueda de información científica, más específicamente de estudios desarrollados en artículos indexados en dos bases de datos (*PubMed* y *Scopus*). Atendiendo a cuestiones como: el idioma (inglés y español), el intervalo temporal (2010-2020), la población (personas diagnosticadas con TLP), el tipo de estudio (ensayos clínicos) y las intervenciones desarrolladas (TDC y TBM).

Añadir en relación con la búsqueda de estudios que, aunque en esta revisión el trastorno desarrollado es el TLP, los problemas emocionales de los que se habla son comunes a muchos otros trastornos psicopatológicos. Y es por esto, por lo que el TLP tiene una alta comorbilidad con otros trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés post traumático, entre otros. Razón por la cual, se incluyeron artículos que presentasen comorbilidad con este.

En los resultados se abordan las similitudes y diferencias entre los artículos seleccionados y se presentan los resultados más relevantes en un intento de responder a los objetivos de esta revisión. Finalmente, en la discusión se consideran las aportaciones del trabajo con sus limitaciones, proponiendo mejoras y futuras líneas de investigación.

Resumiendo, esta revisión se da para destacar más aún, la variable de la regulación emocional, entendiendo su papel clave en la presentación y evolución de la enfermedad.

3. Formulación del problema y justificación

Toda investigación comienza con la existencia de un problema que nos lleva a una pregunta de partida. Con ella, se declara el proyecto de investigación y el investigador intenta explicar lo que quiere saber y comprender mejor.

En este trabajo, la pregunta de partida que se ha planteado y que se desea resolver es la siguiente: *¿En adultos diagnosticados con trastorno límite de personalidad (TLP), puede la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) mejorar la desregulación emocional en contraste con la Terapia Basada en la Mentalización (TBM)?* Para contemplar la pertinencia y el beneficio que se espera al abordar la revisión desde este punto de vista, se considera necesario ahondar en el impacto personal, familiar y económico que conlleva este diagnóstico y en sus implicaciones clínicas, así como en los datos conocidos sobre la efectividad de las terapias propuestas para contrastar este trabajo.

Se ha centrado la importancia en mejorar el factor de la desregulación emocional por el hecho de que en el TLP su mala regulación es, según Hervás (2011), el principal componente del trastorno. Para afirmar esto cita a Linehan (1993), la cual llama a dicha variable *vulnerabilidad emocional* y la explica como la predisposición de estas personas a responder a los estímulos del ambiente con una alta sensibilidad, reactividad y una consiguiente recuperación tardía, es decir, que estas personas responden de manera rápida y exagerada a las demandas del ambiente y el tiempo de recuperación de ello, es más amplio que el de las personas sin trastorno.

Además, se han encontrado elevados niveles de alexitimia (Guttman y Laporte, 2002 citado en Hervás, 2011), es decir, altos niveles de incapacidad para expresar e identificar las emociones; y, una alteración de la aceptación emocional. Todos estos déficits emocionales unidos a una intolerancia al malestar, parecen estar relacionados con el hecho de que las personas con TLP lleven a cabo conductas autolesivas y parasuicidas (Hervás, 2011).

Más concretamente en España, el TLP tiene una prevalencia muy alta, oscilando entre un 2% y un 8% de personas diagnosticadas (Asociación Nacional de Informadores de la Salud [ANIS], 2019). Presentando un aumento de este índice en los últimos años, estando en los inicios del siglo XXI entre el 0,2% y el 4% (Caballo y Camacho, 2000) y en el año 2013 entre el 1,4% y el 5,9% (Aragón et al., 2013). Con estas cifras, puede ir viéndose como la curva de casos de TLP ha ido aumentando con los años. Destacar en este punto, que este trastorno se da más en mujeres que en hombres, con una razón de 3:1 (ANIS, 2019; Aragón et al., 2013). Hecho por el cual, se llevan a cabo más estudios de TLP con población femenina que masculina.

Por su parte, los índices de suicidios y de conductas autolesivas son también muy elevados. Así, en España un 10% de las personas con TLP consuma el suicidio, es decir, una de cada diez personas con TLP mueren a causa del suicidio; y, un 70% lleva a cabo intentos de suicidio siendo la media de 3.3 intentos de suicidio durante su vida (Vera et al., 2019). Además, estos datos son corroborados por la Asociación Nacional de Informadores de la Salud (2019), donde exponen que una de cada diez personas con TLP ha consumado el suicidio.

Estas cifras más que disminuirse, se mantienen. Escribano (2006), expuso que la tasa de suicidios consumados en pacientes diagnosticados con TLP, según el DSM-IV-TR del año 2002, fue de entre el 8% y el 10%, alcanzando el mismo porcentaje de intentos de suicidio (70%). Más adelante, Montero et al. (2018) alegaron también que un 70% de personas con TLP habría intentado suicidarse, un 50% lo habría vuelto a intentar y entre un 8% y un 10% lo habría consumado. Resultando estos datos en un número aproximado de 100.000 muertes por suicidio en España en la población de personas diagnosticadas con TLP.

Estos factores presentan situaciones alarmantes y preocupantes e influyen en las áreas de desarrollo de las personas con TLP, afectando a las oportunidades laborales, a la situación económica y a las relaciones familiares. Por ejemplo, en el ámbito laboral, la tasa de empleo de personas con trastorno mental, según el Instituto Nacional de Estadística (INE, 2019), en un 15.9%, es decir, que 8 de cada 10 personas con trastorno mental se encuentran en situación de desempleo. Dato que ha aumentado con el paso de los años, donde en el 2017 la tasa de empleo fue de el 18% y en el 2018 de el 17,6%. Con esto, se deduce que más que incentivarse las oportunidades de empleo para estas personas, se reducen. Siendo una posible causa de esta reducción, el bajo ajuste social y la sintomatología poco adaptativa que este trastorno presenta. Sumando el hecho de que el 16,4% de estas son dependientes.

Estas tasas, influyen en el desajuste social y la desadaptación a la sociedad que presentan las personas con TLP. No solo resultan preocupantes por no permitir esto, a parte del desarrollo laboral y de la independencia de la gran mayoría de personas con el trastorno, sino también por el trasfondo que implica en cuanto a no disponer de una renta suficiente que les permita costearse y tener cubiertas las necesidades básicas y los gastos del día a día, además del alto coste que supone el correspondiente tratamiento (psicoterapéutico y farmacológico).

En términos generales, el precio aproximado de una sesión psicológica es de unos 70€ la hora y la frecuencia semanal de sesiones al inicio del tratamiento suele ser de entre dos y cuatro veces (Álvarez, 2011; Carranza, 2002), suponiendo un coste aproximado de 600€ mensuales, solo en tratamiento psicoterapéutico. Si a este importe, añadimos el tratamiento farmacológico (antidepresivos, antipsicóticos y benzodiacepinas) (Álvarez, 2011; Benjumea, 2012; Skodol,

2018) que va de la mano de sesiones psiquiátricas (100€ la hora aprox.), el coste mensual se elevaría a unos 600€, teniendo en cuenta que un buen manejo psiquiátrico implicaría que se diese una sesión por semana (Skodol, 2018) y que los fármacos con los que se combina implicarían un coste, dependiendo del caso particular, de unos 200€ mensuales (Murciasalud, 2018).

Añadiendo que el impacto económico no solo afecta a la persona, sino también al gasto público sanitario del país. Exponiendo que se ha producido un aumento en el coste público sanitario que suponen los trastornos mentales en España. Siendo de 7018 millones de euros en el año 2002 y de 46 billones de euros en el año 2010, es decir, que en ocho años dicha cantidad se ha vuelto seis veces más alta que la anterior. Es más, el coste por persona (indirecto, directo de cuidados de salud y directo no médico) con trastorno mental asciende a una cantidad de, aproximadamente, 5.000€ al año. Superando el gasto público en sanidad, que es de unos 1500€ por habitante (Páres-Badell et al., 2014).

Así, los trastornos mentales, se convierten en un factor que tiene un gran impacto económico en España, donde recibir y dar unos servicios y un tratamiento en condiciones cuando se es diagnosticado con TLP supone un coste demasiado alto, sobre todo para estas personas cuya inmensa mayoría no trabaja. Parte de este impacto repercute directamente a las familias, quienes además ven afectadas sus relaciones interpersonales cuando uno de sus miembros tiene TLP.

Los familiares que cuidan y conviven con personas con TLP también sufren. Se ha establecido que entre ellos aparece un mayor número de enfrentamientos familiares, una modificación en los roles, dificultades económicas, un menor nivel de calidad de vida, sentimientos de culpabilidad e impotencia (Segurana y Bartel, 2016), estrés emocional crónico, trauma y preocupación por las conductas suicidas, agotamiento físico y autoinculpación por la presencia del trastorno y sus consecuentes conductas (Giffin, 2008). Además, estos cuidadores alegan que reciben muy poca información de los servicios sanitarios (Giffin, 2008; Lawn y McMahon, 2015) y que el estigma relacionado con el TLP hace que se aislen del entorno por miedo a ser rechazados socialmente (Segurana y Bartel, 2016).

Asimismo, en la vida de pareja se reveló que se da una disfunción romántica, bajos niveles de satisfacción con la vida marital, violencia, dificultades en la comunicación y un crecimiento de la tensión que culmina en el incremento de conflictos (Giffin, 2008).

En cuanto a la influencia que este tiene sobre los hijos cuando es la madre quien lo presenta, se ha concluido que se desarrollan sentimientos de culpabilidad, presión (Zalewski et al., 2014), una menor respuesta de los lactantes hacia la madre, problemas emocionales y conductuales en

la edad escolar, problemas en la autoestima y una alteración del comportamiento en la adolescencia (Stepp et al., 2012), un desarrollo psicosocial desadaptativo y aparición de dificultades en la regulación de las emociones (Gratz et al., 2014). Recogiéndose un 73% de niños con problemas conductuales, un 66% con desregulación emocional, un 59% con dificultades interpersonales y un 40% con alteración de los pensamientos y de la identidad (Bartsch et al., 2015). Todas estas dificultades desarrolladas en los niños, se relacionaron con una dificultad en la regulación emocional de las madres (Stepp et al., 2012).

Cuando son estas últimas las que tiene hijos con TLP, se ha hallado que experimentan un sentimiento de incertidumbre sobre qué será del futuro de su hijo, un reclamo por la necesidad de incluir el trastorno en la ley de dependencia debido a los pocos recursos que hay para hacer frente a la multitud de problemas que tiene este trastorno y una excesiva preocupación por asegurar un bienestar a su hijo cuando ni ellas ni ninguno de sus familiares estén, pidiendo la existencia de algún recurso que cubra este acontecimiento (Linares y Cortacero, 2014).

Si tenemos en cuenta estos datos, se puede afirmar que el impacto negativo que el TLP tiene sobre la persona que es diagnosticada con este, sobre la familia en sí misma y la salud de los que la componen y sobre el país es muy significativo, sobre todo en lo que a lo emocional, económico y social se refiere

De esta manera, se plantea la necesidad de llevar a cabo terapias que actúen sobre este trastorno y que, en consecuencia, reduzcan, por un lado, el impacto del TLP y por otro, los intentos y la consumación de suicidios y las conductas autolesivas propias de este. Intervenir sobre la desregulación emocional, además, da una oportunidad transdiagnóstica de influir en el funcionamiento de la persona con TLP, más allá de sus propias habilidades, por intervenir en un factor que se expresa y se desarrolla en lo intrapersonal y en lo interpersonal.

Como se expuso, la TDC y la TBM se proponen como las principales terapias para tratar este factor, ya que se ha comprobado en varios estudios cómo estas dos terapias son las que consiguen los mejores resultados con respecto al TLP y a la desregulación emocional. Observándose una tendencia generalizada, de estas psicoterapias no habituales, a disminuir las conductas autolesivas, la sintomatología depresiva, la ideación suicida y la ansiedad (Font, 2019). Además de ser las más validadas empíricamente (Burgal y Pérez, 2017).

Añadir, que la guía de la Agencia de Información Evaluación y Calidad en Salud de Cataluña (AIAQS6), recomienda ambas terapias con una calidad alta y regular de su evidencia (Lana y Fernández, 2013). Aún así, estos autores demostraron en sus resultados que la terapia tendría mejores índices de respuesta si la cantidad de personas que no la inician o que la abandonan es muy baja.

En este contexto, se le ha dado mayor relevancia a la TDC y se ha escogido como terapia a ser contrastada, por ser la más replicada y utilizada en multitud de ocasiones y la que más datos favorables presenta con respecto al objeto de la revisión (Lana y Fernández, 2013). Además de, ser la terapia más usada en comparación con una multitud de psicoterapias como lo son las terapias de corte cognitivo-conductual, la terapia interpersonal; la terapia familiar; y las terapias de corte psicodinámico (Álvarez, 2010).

Más específicamente, la efectividad de la TDC se ve reflejada en diferentes estudios plasmados en una revisión que muestra las mejorías que esta produjo (Álvarez, 2010): en un estudio que confrontó la efectividad de tres tratamientos para el TLP (TDC, psicoterapia basada en la transferencia y terapia de apoyo psicodinámica), resultó que la TDC presentaba una significativa mejoría de las conductas suicidas; en otro estudio que comparó la TDC con el tratamiento habitual (TAU), también se encontraron mejoras con respecto a los síntomas del TLP por parte de ambas terapias; y, en otro ensayo, se demostró que la TDC era efectiva para reducir la conducta e ideación suicidas propias del TLP. Todo ello, por centrarse en la desregulación emocional a través de las conductas de acompañamiento, sesiones de autoayuda en momentos de crisis y meditación, propias de esta terapia.

En otra revisión (Font, 2019) en la que se plasman los resultados de varios estudios que quisieron comprobar la efectividad de varias terapias, entre las que se encuentran la TDC y la TBM, se encontró como resultado general de los estudios incluidos, que la TDC hacía que disminuyesen y que se diesen cambios favorables significativos en las conductas suicidas y autolesivas, en la ideación suicida, en la presencia de disociación, en la inestabilidad afectiva e interpersonal, en la autoafirmación de valores y creencias y en el ajuste social. Además de observarse, con esta terapia, una reducción significativa de la angustia emocional que presentan las personas con TLP y la que hace que se de un malestar que suele dar lugar a estas conductas autolesivas y de riesgo de las que se habla.

Por su parte, haciendo ahora referencia a la TBM, se llevó a cabo un estudio desarrollado por Bateman y Fonagy y publicado en 2009 (Font, 2019), en el que se comparó la aplicación de la TBM y la TAU durante 18 meses y, aunque ambas terapias resultaron ser favorables, el grupo que recibió la TBM obtuvo mejorías significativamente mayores en la psicopatología general, el funcionamiento interpersonal y el ajuste social.

Otra revisión (Burgal y Pérez, 2017), que también expone la efectividad de la TBM en lo que a personas diagnosticadas con TLP se refiere, alegó que esta mostraba mejorías clínicamente significativas en ansiedad, depresión, psicopatología general, funcionamiento

global e interpersonal, estado de ánimo e irritabilidad, además de una disminución de las conductas autolíticas y autolesivas.

Además, como ya ha sido expuesto, tanto la TDC como la TBM tienen base psicodinámica. Lo cual indica que las acciones del terapeuta van encaminadas a favorecer cambios estructurales en la personalidad de los pacientes, y así, indirectamente, influir en la sintomatología clínica. Dándole mucha importancia al entendimiento de las dificultades emocionales, por ser las que ayudan a que se dé el cambio psicológico y la mejoría clínica. Teniendo un papel muy importante la alianza terapéutica, la cual hace referencia al vínculo que se da entre el terapeuta y el paciente y la puesta en común de ambos sobre los objetivos, las metas y las tareas que se van a llevar a cabo en la terapia. Además, de ser esta alianza el vehículo de los estados mentales internos, de las actitudes y de las creencias del paciente. Desarrollándose dicha alianza, un rol activo del terapeuta en el que trata de identificar los patrones que aparecen de manera recurrente en el paciente y que indican la presencia de un conflicto (Castro, 2003).

Además de tener base psicodinámica, ambas terapias incluyen la modalidad grupal en el transcurso del tratamiento, donde se interpretan los conflictos inconscientes del grupo. Convirtiéndose en terapias favorables para el fortalecimiento de la autoestima y de la rehabilitación de habilidades sociales de las personas que participan en ellas (Castro, 2003).

A parte de su base psicodinámica y del uso de la modalidad grupal, estas terapias presentan una característica que se considera muy novedosa y relevante en el tratamiento de los trastornos mentales: son terapias transdiagnósticas.

Este término de transdiagnóstico, es una perspectiva prácticamente nueva en el campo de la psicología clínica y ha surgido en gran medida por el alto porcentaje que se ha ido dando en cuanto a la comorbilidad presente en multitud de trastornos psicopatológicos, siendo la comorbilidad la norma más que la excepción (Sandín et al., 2012).

El transdiagnóstico como tal, consiste en poner a los trastornos mentales sobre un cimiento de procesos cognitivos y conductuales como los motivos o como los mantenedores de la mayoría de trastornos psicopatológicos (Sandín et al., 2012).

En este sentido, muchos autores coinciden en lo difícil que resulta encontrar a pacientes que presenten un cuadro de síntomas específicos. Siendo más común la presencia de sintomatología combinada, es decir, una comorbilidad en los trastornos mentales. Lo cual requiere la implantación de un multiabordaje de estos. Más concretamente en el TLP, que ya se ha visto que tiene una alta comorbilidad con otros trastornos (Castro, 2003).

Así, un enfoque terapéutico transdiagnóstico podría resultar ventajoso por brindar la posibilidad de intervenir sobre variables comunes y que se dan al mismo tiempo en diferentes

trastornos (p.ej., autolesiones, inestabilidad emocional, impulsividad, despersonalización) dando una visión más integrada y eficiente de la atención. Desarrollando así, protocolos integrativos y unificadores y dando lugar a efectos favorables comunes que resultan ser efectivos para reducir los síntomas en pacientes que presenten diagnóstico tanto primario como secundario (González, et al., 2018). Deduciendo por tanto que, lo más efectivo para el TLP sería un tratamiento transdiagnóstico (TDC y TBM).

En definitiva, un planteamiento transdiagnóstico del TLP, con acción terapéutica sobre la desregulación emocional puede contribuir a la mejora estructural y sintomática de las personas que lo padecen. Por tanto, se espera que las afecciones personales, laborales, económicas y familiares anteriormente descritas, puedan verse modificadas.

Así, con esta revisión se podrá obtener una visión general de las variables que influyen en el TLP y de cómo algunas de estas se pueden mejorar con las terapias que se exponen y con los datos que se muestran. Despertando la preocupación y el interés de incluir y facilitar más recursos a las personas con TLP con el fin de hacer descender las cifras de personas con problemas de desregulación emocional, de desajuste social, de incertidumbre, de sentimiento de culpa, de relaciones interpersonales desadaptativas y de ideación, intención y consumación autolítica, entre muchos otros. Esta acción, ha de influir, en algún momento, en la modificación de la prevalencia, además de influir a su vez, en la transmisión generacional a través de la regulación emocional y de aminorar el impacto en otras personas y sistemas (familiares, entorno, sistema sociosanitario). Mejorar la desregulación emocional e influir en las personas con TLP, debería contribuir también en el desarrollo de una sociedad más sana, más unida y socialmente más humana.

Además del hecho, de poder comprender lo que este trastorno implica y el poco control que las personas que lo padecen y que no reciben ni terapia ni ayuda, tienen sobre las conductas que llevan a cabo, tanto hacia sí mismos como hacia su entorno. Por este hecho, las personas con TLP son muy incomprendidas y estigmatizadas a nivel social y, en consecuencia, rechazadas. No pudiendo relacionarse con el medio en el que viven y, por tanto, no pudiendo cumplir con una función vital del ser humano: la socialización.

Como ya es sabido, el ser humano es un ser social, es decir, es un ser que requiere de relaciones sociales con el entorno para poder desarrollarse y subsistir de manera óptima. En este punto, se expone que, si se llegase a comprender a la persona con TLP, los factores del trastorno que afectan a esta y cómo es y cómo se presenta la sintomatología propiamente dicha, se podría empezar a desestigmatizar y a aceptar en sociedad a estas personas, ayudando al desarrollo favorable y a simplificar la mejora de sus condiciones de vida.

Conocer cuáles son las terapias más efectivas para un problema como el que se describe se vuelve algo imprescindible. Este trabajo de revisión se plantea esa pregunta de partida, sobre la posibilidad de que las dos terapias propuestas difieran en su efectividad sobre la desregulación emocional en personas con TLP. Ahora bien, para poder llevar a cabo una buena revisión sistemática, no solo hace falta una buena pregunta de partida sino también unos objetivos que guíen su transcurso (Perestelo, 2012). Siendo los objetivos de esta, los siguientes (general y específicos):

- *General:*

Conocer si la TDC tiene mayor efectividad que la TBM a la hora de mejorar la desregulación emocional en adultos diagnosticados con TLP.

- *Específicos:*

- Ver de qué manera la TDC tiene efectividad en la mejora de la desregulación emocional.
- Conocer cómo mejora la TBM la desregulación emocional en personas con TLP.
- Comparar ambas terapias: TDC y TBM, en cuanto al efectos de estas en la desregulación emocional de personas con TLP.

4. Método

En un primer momento, se hace preciso mencionar lo que define a la revisión sistemática de evidencia empírica, por considerarse un importante recurso y herramienta metodológica de investigación, que posibilita la información y la actualización de investigadores y profesionales del campo de las ciencias, sin tener que dedicar una gran cantidad de tiempo y recursos. Esta, es una síntesis de la evidencia que existe para dar respuesta a inquietudes específicas a través del uso, explícito y riguroso, de los métodos que se utilizan para determinar, valorar críticamente y resumir los estudios más notorios. En esta revisión, se usan técnicas de investigación científica que posibilitan la minimización de los sesgos que se encuentran en las revisiones más clásicas de la literatura, donde el método sistemático y explícito para la búsqueda, selección y análisis de la información, no se tiene en cuenta (Perestelo, 2012).

De esta manera, Perestelo (2012), afirma que, para que se puedan minimizar los sesgos de los que se habla, se deben definir los métodos, antes que nada, haciendo que sea explícito y fácil de reproducir, todo el proceso sistemático que se requiere en una revisión sistemática de evidencia empírica.

Por tanto, la parte de metodología, al igual que el resto del trabajo, ha sido desarrollada según el método PRISMA. El cual, según Urrútia y Bonfill (2010), es una herramienta que se ha considerado eficaz para aumentar la transparencia, la calidad y la solidez de la información, tanto de la metodología como de los resultados, pertenecientes o a revisiones sistemáticas o a metaanálisis.

Para que se dé dicha mejora, este método incluye una serie de elementos que son fundamentales para que pueda desarrollarse una revisión sistemática clara y sin sesgos y un diagrama de flujo que sirve de guía para transmitir la información pertinente relacionada con las búsquedas realizadas en las bases de datos (número de estudios tanto encontrados como excluidos y, finalmente, incluidos en la revisión) y el transcurso para la elección de los estudios (identificación, cribado, elegibilidad e inclusión) (Urrútia y Bonfill, 2010).

Además, todo lo desarrollado en la revisión debe estar claramente explicado y especificado. Siguiendo una serie de pasos para su elaboración: primero, se formula el problema, es decir la pregunta de investigación a la que se le quiere dar respuesta; segundo; se busca la información de evidencia científica que permita responder a la pregunta de investigación; tercero, se preseleccionan las referencias que se consideran importantes y se seleccionan los estudios que se van a incluir en la revisión sistemática de evidencia empírica; cuarto, se lleva a cabo una lectura crítica (comprensiva y analítica) y se evalúa el riesgo de sesgos de los estudios que han sido incluidos; quinto, se extrae la información que se considera más relevante de cada uno de

los artículos que se han incluido en la revisión; y, sexto, se analiza y se sintetiza la evidencia científica de los estudios, es decir, se unen y se resumen los resultados principales de los artículos incluidos (Perestelo, 2012).

Teniendo esto por base, se hace necesario hablar sobre la pregunta PICO, esta es la clave para poder desarrollar una buena pregunta de investigación que luego permita poner en marcha, no solo la revisión en sí misma sino, sobre todo, la metodología y los resultados expuestos a continuación.

En esta pregunta, cada una de las siglas corresponde a un componente de la pregunta y, por tanto, de la revisión: la *P*, hace referencia a la definición del problema o paciente, en esta revisión serían las personas diagnosticadas con TLP; la *I*, se refiere a la intervención que se quiere realizar, en este caso sería la TDC; la *C*, engloba la intervención de comparación, que sería la TBM; y, por último, la *O*, alude al resultado, en este caso a la variable de regulación emocional.

4.1. Criterios de selección de los estudios

Antes de realizar la búsqueda de estudios en las bases de datos, se establecieron unos términos correspondientes al tema sobre el que se desea llevar a cabo esta revisión y, seguidamente, unos criterios tanto de inclusión como de exclusión para dichos estudios.

En lo referente a los términos establecidos, comentar que son términos MeSH, es decir, descriptores que se utilizan en las bases de datos con el fin de encontrar los estudios definen el tema que se quiere estudiar. Estos, son los siguientes: *adults, personality disorder, borderline personality disorder, psychotherapy, dialectical behavior therapy, mentalization-based treatment/therapy, emotion regulation y emotion*.

En cuanto a los criterios de inclusión y exclusión de estudios, permiten descartar e introducir estudios con una mayor facilidad

En relación a la tipología de los estudios, se incluyeron aquellos publicados en revistas indexadas en el JCR y se excluyeron aquellos en espera de evaluación. De dichos estudios, se incluían ensayos clínicos paralelos clásicos aleatorizados y cuasi-aleatorizados y se excluían revisiones narrativas, sistemáticas o meta-análisis. Todos ellos, en español o en inglés y con un intervalo temporal de 2010 a 2020, excluyendo aquellos que estuvieran fuera de dicho rango y en un idioma diferente a los expuestos.

Respecto a los participantes, se tenía en cuenta también, que estudiaran a personas adultas diagnosticadas de TLP (con posibilidad de que se diese una comorbilidad en estas y que no estuviesen bajo tratamiento farmacológico) excluyendo los que estudiaran a niños, adolescentes

o a población senescente. Incluyendo aquellos estudios que diagnosticasen el TLP a través de instrumentos validados y según los criterios del DSM IV, IV-TR o V o CIE10 u 11: *Borderline Symptom List* -BSL-23-, *Borderline Evaluation of Severity over Time* -BEST-, *Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders* (SIDP), *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I personality disorders* (SCID-I) y *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders* (SCID-II).

Desde el punto de vista de la intervención y la comparación, debían contemplar las intervenciones con la TDC y la TBM o con la combinación de ambas terapias (TDC y TBM) sobre la desregulación emocional, excluyendo aquellos que no contemplasen ninguna de estas terapias ni el factor de desregulación emocional.

En cuanto a las medidas de resultado, se incluyeron los estudios que hubiesen empleado ciertas herramientas de comprobada fiabilidad y validez para la medida de la regulación emocional, mediante el *Difficulties in Emotion Regulation Scale* (DERS) o mediante *Borderline Personality Disorder Severity Index* (BPDSI).

El DERS (Muñoz- Martínez et al., 2016), es un instrumento de medida que se utiliza para medir la desregulación emocional y que es útil para evaluar dificultades emocionales en una variedad de trastornos psicológicos como lo es el trastorno límite de la personalidad; y, el BPDSI (Arntz et al., 2003), es una entrevista semiestructurada que mide los siguientes aspectos: el abandono, las relaciones, la identidad, la impulsividad, las conductas parasuicidas, la inestabilidad afectiva, la sensación de vacío, el control del miedo y la disociación e ideas paranoides, siendo la inestabilidad afectiva el objetivo central de esta revisión.

Finalmente, respecto a los criterios de inclusión para reducir el riesgo de sesgos, se consideró que presentasen una calidad media o alta para ser incluidos, excluyendo aquellos que tuviesen baja calidad.

4.2. Estrategia de búsqueda y fuentes de información

Con respecto a las distintas búsquedas que se han realizado, exponer que se han realizado en las bases de datos: *PubMed*, *Scopus* y en la plataforma *ResearchGate* a lo largo de los meses de enero y febrero de 2020. Siendo las búsquedas representadas en las Tablas 1 y 2.

Tabla 1.*Criterios de búsqueda en PubMed*

Búsqueda	Estrategia	Resultados	Identificación
Primera	"borderline personality disorder"[MeSH Terms] OR (("borderline"[All Fields] AND "personality"[All Fields]) AND "disorder"[All Fields])) OR "borderline personality disorder"[All Fields] AND (((("psychotherapie"[All Fields] OR "psychotherapy"[MeSH Terms]) OR "psychotherapy"[All Fields]) OR "psychotherapies"[All Fields]) OR "psychotherapy s"[All Fields])) AND (("dialectical behavior therapy"[MeSH Terms] OR (("dialectical"[All Fields] AND "behavior"[All Fields]) AND "therapy"[All Fields])) OR "dialectical behavior therapy"[All Fields])) AND "emotions"[MeSH Terms]	29 (11 incumplen los criterios de inclusión)	18
Segunda	"borderline personality disorder"[MeSH Terms] OR (("borderline"[All Fields] AND "personality"[All Fields]) AND "disorder"[All Fields])) OR "borderline personality disorder"[All Fields] AND ("mentalization-based"[All Fields] AND (((("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) OR "treatments"[All Fields]) OR "therapy"[MeSH Subheading]) OR "therapy"[All Fields]) OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields])) AND (((("emoting"[All Fields] OR "emotion s"[All Fields]) OR "emotions"[MeSH Terms]) OR "emotions"[All Fields]) OR "emotion"[All Fields]) OR "emotional"[All Fields]) OR "emotive"[All Fields])) AND (((("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) OR "adults"[All Fields]) OR "adult s"[All Fields]))	11 (9 incumplen los criterios de inclusión)	2
Tercera	"borderline personality disorder"[MeSH Terms] OR (("borderline"[All Fields] AND "personality"[All Fields]) AND "disorder"[All Fields])) OR "borderline personality disorder"[All Fields] AND ("mentalization-based"[All Fields] AND (((("therapeutics"[MeSH Terms] OR "therapeutics"[All Fields]) OR "treatments"[All Fields]) OR "therapy"[MeSH Subheading]) OR "therapy"[All Fields]) OR "treatment"[All Fields] OR "treatment s"[All Fields])) AND (((("psychotherapie"[All Fields] OR "psychotherapy"[MeSH Terms]) OR "psychotherapy"[All Fields]) OR "psychotherapies"[All Fields]) OR "psychotherapy s"[All Fields])) AND (((("emoting"[All Fields] OR "emotion s"[All Fields]) OR "emotions"[MeSH Terms]) OR "emotions"[All Fields]) OR "emotion"[All Fields]) OR "emotional"[All Fields]) OR "emotive"[All Fields])) AND (((("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields]) OR "adults"[All Fields]) OR "adult s"[All Fields]))	11 (los mismos que en la segunda búsqueda, se excluyen todos)	0
Cuarta	"borderline personality disorder"[MeSH Terms] AND "personality disorders"[MeSH Terms] AND ("mentalization-based"[All Fields] AND "therapeutics"[MeSH Terms])) AND "psychotherapy"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms] NOT "infant"[MeSH Terms] NOT "adolescent"[MeSH Terms]	8 (todos incumplen los criterios de inclusión)	0

Quinta	"borderline personality disorder"[MeSH Terms] AND "personality disorders"[MeSH Terms]) AND ("mentalization-based"[All Fields] AND "therapeutics"[MeSH Terms])) AND "psychotherapy"[MeSH Terms]) OR "dialectical behavior therapy"[MeSH Terms]) AND ((((((("emoting"[All Fields] OR "emotions"[All Fields]) OR "emotions"[MeSH Terms]) OR "emotions"[All Fields]) OR "emotion"[All Fields]) OR "emotional"[All Fields]) OR "emotive"[All Fields])	16 (12 incumplen los criterios de inclusión)	4
--------	--	--	---

Tabla 2.*Criterios de búsqueda en Scopus*

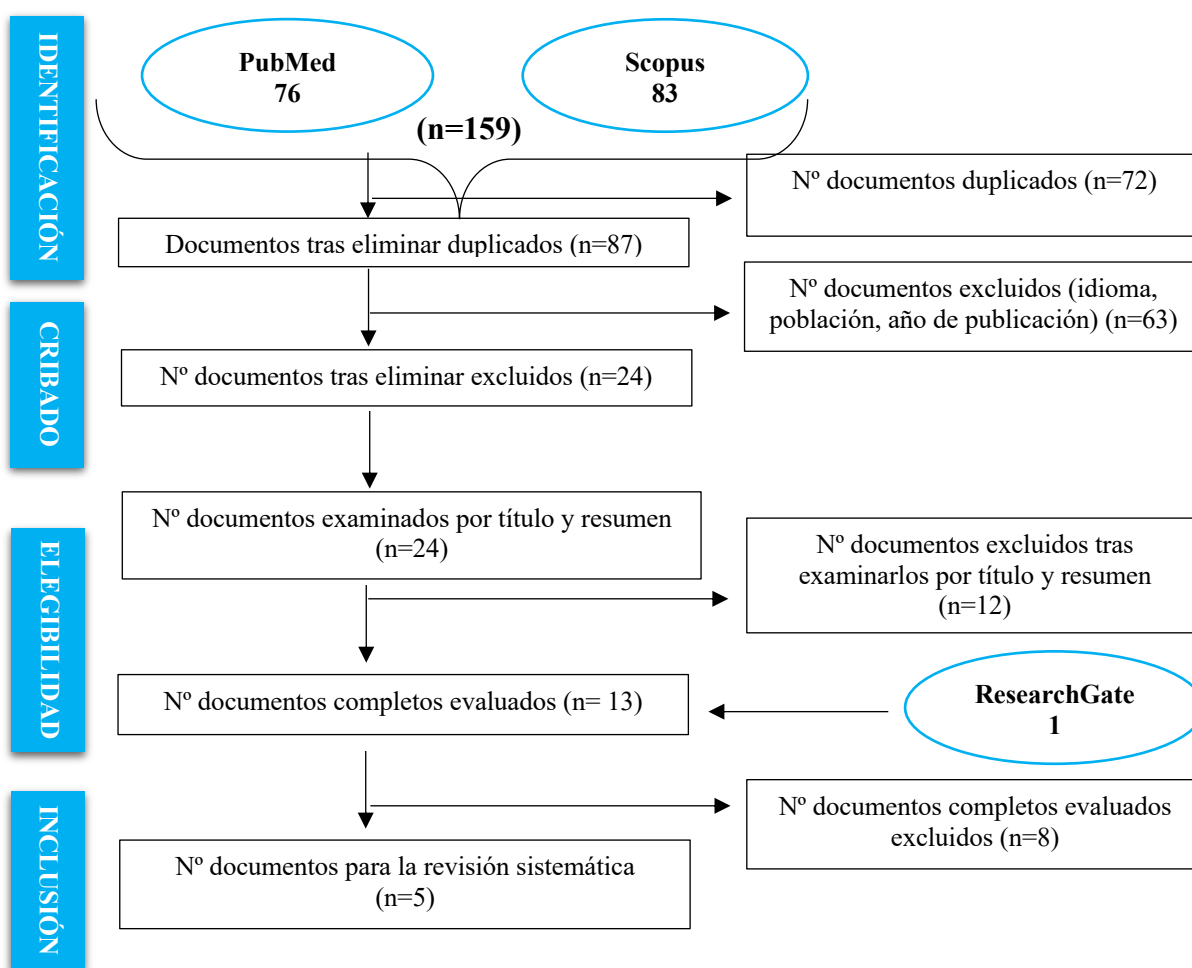
Búsqueda	Estrategia	Resultados	Identificación
Primera	(TITLE-ABS-KEY "borderline personality disorder") AND TITLE-ABS-KEY ("adults") AND TITLE-ABS-KEY ("dialectical behavior therapy") AND TITLE-ABS-KEY ("emotion regulation"))	26 (20 incumplen los criterios de inclusión)	6
Segunda	(TITLE-ABS-KEY ("borderline personality disorder") AND TITLE-ABS-KEY ("psychotherapy") AND TITLE-ABS-KEY ("dialectical behaviour therapy") AND TITLE-ABS-KEY ("emotion dysregulation"))	11 (6 incumplen los criterios de inclusión)	5
Tercera	(TITLE-ABS-KEY ("borderline personality disorder") AND TITLE-ABS-KEY (mentalization-based AND treatment) AND TITLE-ABS-KEY ("emotional regulation"))	3 (1 incumple los criterios de inclusión)	2
Cuarta	(TITLE-ABS-KEY ("borderline personality disorder") AND TITLE-ABS-KEY ("personality disorders") AND TITLE-ABS-KEY (mentalization-based AND treatment) AND TITLE-ABS-KEY ("emotional dysregulation") AND TITLE-ABS-KEY ("adults") AND NOT TITLE-ABS-KEY ("infants") AND NOT TITLE-ABS-KEY ("adolescents"))	2 (1 incumple los criterios de inclusión)	1
Quinta	(TITLE-ABS-KEY ("borderline personality disorder") AND TITLE-ABS-KEY ("personality disorders") AND TITLE-ABS-KEY ("psychotherapy") AND TITLE-ABS-KEY ("dialectical Behavior Therapy") OR TITLE-ABS-KEY (mentalization based AND treatment) AND TITLE-ABS-KEY ("emotions"))	41 (33 incumplen los criterios de inclusión)	8

Adicionalmente, se realizó una búsqueda en *ResearchGate*, ya que se utilizó con el fin de pedir a algunos autores sus correspondientes estudios y, en el transcurso de la búsqueda de dichos estudios, apareció un artículo que fue considerado de gran interés para el trabajo. Además, no había salido en las búsquedas en bases de datos, a diferencia de muchos otros que, sí se encontraron en esa búsqueda de *ResearchGate* y que, por esta razón, fueron directamente excluidos.

Las búsquedas anteriormente realizadas y la inclusión y exclusión de artículos, pueden verse resumidas en el diagrama de flujo (Figura 1).

Figura 1.

Diagrama de flujo de la información de las fases de la revisión sistemática



Como puede verse, se leyó el título y el abstract de 24 artículos, de los cuales, 11 se excluyeron por los siguientes motivos: muchos no se centraban en la desregulación emocional; otros lo hacían, pero no como factor fundamental del trastorno límite de personalidad; y, otros,

sencillamente, no eran ensayos clínicos como tal, sino que se trataba o de revisiones sistemáticas o de revisiones de ensayos clínicos pasados.

De los artículos de los cuales se realizó una lectura del título y el abstract:

- 18 fueron pedidos, 14 de ellos a la tutora de este trabajo de fin de título, por el autor de este no disponer de las herramientas necesarias para poder obtener los estudios completos; y, cuatro a sus autores correspondientes. Comentar que, de estos cuatro últimos, solo se pudieron obtener dos, ya que de los restantes no se obtuvo respuesta de los autores.
- Seis fueron obtenidos, ya que se encontraban de libre acceso.

Tras el proceso de elección por título y abstract, quedaban para el trabajo 13 artículos, de los cuales se realizó una lectura completa. Tras esta, se excluyeron ocho, por las siguientes razones: uno de ellos, se centraba en el sustrato neuronal (Winter et al., 2017) y no tanto en el cambio o efectividad de las terapias en las conductas y procesos cognitivos de los pacientes; otro (Navarro et al., 2018), utilizaba las mismas intervenciones enfocadas en la desregulación emocional con prácticamente la misma muestra que otro artículo por lo que solo se incluyó este último por ser el que mayor calidad presentaba; otro, incluía fármacos en la intervención (Axelrod et al., 2011); otro, se centraba más en las experiencias emocionales y no en la desregulación emocional como tal (Neacsiu et al., 2014); otro, relaciona la desregulación emocional con la crianza (Zalewski et al., 2018); otro, es un estudio piloto que emplea una herramienta no validada para medir la mentalización afectiva, no siendo esta variable la desregulación emocional (Edel et al., 2017); otro, se centro más en personas diagnosticadas con trastorno bipolar y no tanto en aquellas con TLP (Eisner et al. 2017); y, el último, no daba los resultados del DERS, ya que no era este el objetivo de su estudio (Chalker et al., 2017).

4.3. Evaluación del riesgo de sesgos

Con el fin de reducir el riesgo de sesgos, se recurrió a las fichas de lectura crítica, a través de la aplicación FLC 3.0, atendiendo a los parámetros de aleatorización, enmascaramiento, participantes, modalidad de intervención, duración de la intervención, resultados relevantes y diferencias significativas entre los estudios.

Toda esta información ha sido analizada y, seguidamente, recogida y resumida en una serie de tablas, cuyos resultados serán expuestos en el apartado correspondiente, más concretamente, en “riesgo de sesgos de los estudios incluidos”.

4.4. Análisis y síntesis de datos

Una vez elegidos los artículos que forman parte de esta revisión, se realiza, a partir de datos cuantitativos (DERS, BPDSI) y cualitativos, una síntesis cualitativa de la información de los estudios, desarrollando los términos y describiendo estos, además de, los resultados hallados en los estudios leídos.

Como se comentó anteriormente, aunque los datos ofrecidos por los estudios son también numéricos, en el desarrollo de este trabajo, no se expresan datos ni se describe la información recabada de manera numérica, sino que, esta es desarrollada en forma de cualidades y de un todo integrado que explica que algo sea lo que es, en este caso, que explica la efectividad de las terapias objeto de estudio y el cómo los investigadores han llegado a dichas conclusiones.

5. Resultados

5.1. Estudios seleccionados

Exponer que los estudios que fueron seleccionados para el trabajo, pasaron un proceso mediante el cual se tuvieron en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión del trabajo y, en caso de que cumplieren los criterios de inclusión, lo que se tuvo en cuenta fue, que la información desarrollada en estos y los métodos utilizados, fueran los correspondientes a la variable objeto de estudio de este trabajo.

De esta manera, por cumplir con los criterios de inclusión y adecuarse al objeto de estudio de la revisión, los artículos que quedaron para la puesta en marcha de esta fueron ocho (Barnicot y Crawford, 2019; Goodman et al., 2014; Laurensen et al., 2018; McMain et al., 2017; Wilks et al., 2016).

Las características específicas de cada uno de ellos, serán explicadas en el siguiente epígrafe.

5.2. Descripción de las características de los estudios

Se establecen aquí, las características más importantes y comparables de los estudios. O, lo que es lo mismo, se especifican: el diseño, el tamaño de la muestra, los participantes, la intervención que se lleva a cabo, el ámbito de actuación, la duración del estudio y las principales medidas de resultado utilizadas.

Todas estas, se recogen en la Tabla 3 (están identificados por autor y no por título para simplificar el formato tabla), con el fin de que pueda verse de un modo más gráfico y visual, la comparación de los distintos estudios incluidos.

Tabla 3.*Características principales de los estudios*

Autor/es	Localización	Tamaño muestra	Pruebas diagnósticas	Participantes	Intervención/es	Duración del estudio	Medidas de resultado
Laurensen et al. (2018)	Amsterdam (Holanda)	95	SCID-I, SCID-II	Personas diagnosticadas con TLP	Intervenciones comparadas: 1)TBM-HD (54) 2)S-TAU (41)	3 años	BPDSI
Goodman et al. (2014)	Nueva York (EEUU)	22	SCID-I, SIDP	Personas diagnosticadas con TLP y personas sin TLP	1) TDC para las personas con TLP (11) 2) TDC para las personas sin TLP (11)	12 meses	DERS, fMRI
McMain et al. (2017)	Toronto (Canadá)	84	SCID-I, BSL-23	Personas diagnosticadas con TLP con alto riesgo suicida y de autolesiones	1) TDC (42) 2) Lista de espera activa (42)	2 años	DERS
Wilks et al. (2016)	Washington (EEUU)	99	SCID-I, SCID-II	Mujeres con riesgo suicida diagnosticadas con TLP	Entrenamiento de habilidades mediante TDC (individual y estándar) (99)	24 meses	DERS
Barnicot y Crawford (2019)	Londres (Reino Unido)	90	BEST	Personas diagnosticadas con TLP	1) TDC (58) 2) TBM (32)	12 meses	DERS

Nota: TLP: Trastorno Límite de Personalidad; TDC: Terapia Dialéctica Conductual; TBM: Terapia Basada en la Mentalización; TBM-DH: Terapia Basada en la Mentalización - Hospital de Día; S-TAU: Tratamiento Usual Especializado; BSL-23: Borderline Symptom List; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I personality disorders; SCID-II: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders; fMRI: functional Magnetic Resonance Imaging; BEST: Borderline Evaluation of Severity over Time; SIDP: Structured Interview for DSM-IV Personality Disorders; BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index.

La información que se representa, teniendo en cuenta los ocho artículos incluidos, recoge a personas con un rango de edad desde los 18 hasta los 65 años; con una muestra superior a 22 e inferior a 100 personas; predominando el género femenino, aunque se consideran ambos; que, tras pasar las pruebas pertinentes (BSL-23 y BEST) y, basándose en el SIDP, en el SCID-I y en el SCID-II, sean diagnosticadas con TLP; sean intervenidas o con TBM o con TDC, más específicamente, sobre la variable de desregulación emocional.

Como puede verse en la Tabla 4, la mayoría de los estudios utiliza una muestra más bien grande, de entre 60 y 100 personas, mientras que solo uno de ellos (Goodman et al., 2014) usa una muestra que puede ser poca para el estudio que desarrolla, siendo esta inferior a 30. En total, en esta revisión, se está contando con una muestra conjunta de 390 participantes, de los cuales 221 son personas con tratamiento activo en TDC, 86 en TBM, 41 en tratamiento usual especializado (S-TAU) y 42 en lista de espera activa.

Continuando con las características, se torna curioso comprobar como dos de los cinco estudios, se han desarrollado en los Estados Unidos de América, siendo el resto puestos en marcha en Reino Unido, Canadá y Holanda. Esto puede deberse a diferencias en la financiación en investigación entre Europa y Estados Unidos, además de que la gran cantidad de población que hay en EEUU, permite que se puedan desarrollar estudios con una muestra adecuada y con el diagnóstico y las terapias que se pretenden estudiar. Que, con respecto a estas dos últimas, se alega que todos los estudios se han centrado, como diagnóstico, en el trastorno límite de personalidad (con o sin comorbilidad) y, como terapias de intervención, en la TDC y en la TBM y, en tan sólo uno de ellos (Laurensen et al., 2018), se ha utilizado como terapia control la S-TAU.

Por su parte, para seleccionar a la muestra y constatar el diagnóstico de trastorno límite de personalidad, utilizaron el BSL-23, el SCID-I, el SCID-II, el SIDP y el BEST. Tanto el BSL-23 como el BEST, son medidas de resultados específicas del trastorno límite de personalidad. Mientras que el BEST, se desarrolló para calificar los pensamientos, las emociones y los comportamientos típicos de las personas con trastorno límite; el BSL-23, se trata de un instrumento que mide la evaluación subjetiva de las características clínicas correspondientes al trastorno límite. Por su parte, el SCID-I, el SCID-II y el SIDP, son entrevistas semiestructuradas que sirven para diagnosticar trastornos de la personalidad según los criterios del DSM-IV de forma tanto categorial como dimensional, siendo el SCID-I perteneciente al Eje I, y el SCID-II, al Eje II.

Todo esto, se ha llevado a cabo en mujeres y hombres adultos y con un periodo de duración de los estudios de entre 12 meses y 3 años. El tiempo es un factor relevante, ya que, aquellos

estudios en los que no haya un largo periodo de tiempo, de mínimo un año, aunque sí pueda verse como el efecto de lo que se quiere comprobar, no puede verse si dicho efecto dura en el tiempo. Hecho que, los estudios de esta revisión, alegan haber podido comprobar.

En cuanto a las medidas de resultado que se emplearon, comentar en primer lugar que, para medir la variable emocional, en todos los estudios se utilizó el DERS, menos en uno (Laurensen et al., 2018), donde se usó el BPDSI, para medir la inestabilidad afectiva, entre otros.

Y, por otro lado, Goodman et al. (2014), se apoyaron en la fMRI, es decir, en la imagen por resonancia magnética funcional como procedimiento que muestra en imágenes las áreas cerebrales activas, para ver cómo y de qué manera se daban cambios en la amígdala, en relación con las emociones.

5.3. Riesgo de sesgos de los estudios incluidos

Como ya se comentó con anterioridad, tras haber pasado los diferentes artículos por el proceso de las fichas de lectura crítica y, haber tenido en cuenta las variables explicadas para reducir el riesgo de sesgos, los resultados hallados con respecto a ellos, están resumidos en la Tabla 4.

Tabla 4.*Evaluación del riesgo de sesgos*

Referencia	Tipo de estudio	Pregunta	Método	Resultados	Conclusiones	Conflicto de interés	Validez externa	Calidad del estudio
Laurensen et al. (2018)	Ensayo clínico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcialmente	ALTA
Goodman et al. (2014)	Ensayo clínico	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sin información	ALTA
McMain et al. (2017)	Ensayo clínico	Sí	Parcialmente	Sí	Sí	Sí	Sí	MEDIA
Wilks et al. (2016)	Ensayo clínico	Sí	Parcialmente	Sí	Sí	Sí	Parcialmente	MEDIA
Barnicot y Crawford (2019)	Ensayo clínico	Sí	Sí	Sí	Parcialmente	Sí	Sin información	ALTA

5.4.Principales efectos de las intervenciones

Una vez que se han descrito los parámetros fundamentales de los estudios: el para qué se llevó a cabo, el por qué y hacia qué tipo de población han ido dirigidos, entre otros, se pasarán a exponer los principales efectos de dichos ensayos clínicos (Tabla 5).

Tabla 5.

Resultados de las intervenciones

Estudio	Instrumento de medida	Resultados pre-post
Laurensen et al. (2018)	BPDSI: inestabilidad afectiva	Diferencias entre tratamientos (TBM y S-TAU): $\chi^2(7) = 88.70, p < 0.01$ Efectividad de las terapias: TBM: $d = 1.33$ S-TAU: $d = 1.28$
Goodman et al. (2014)	DERS, fMRI	TDC: fMRI: $t(10) = 3.26, p < 0.01$ DERS: $F[2.36] = 7.09, p < 0.003$
McMain et al. (2017)	DERS	TDC: $\chi^2(42) = 18, p < 0.001, d = 0.5$
Wilks et al. (2016)	DERS	TDC: $t(10) = -11.37, p < 0.001$
Barnicot y Crawford (2019)	DERS	TDC: $\beta = -1.42, p = 0.03$ TDC (vs TBM): $\beta = 6.55, p < 0.21$ (n.s.) TDC (vs TBM) en el tiempo: $\beta = -1.94, p < 0.01$

Nota: TDC: Terapia Dialéctica Conductual; TBM: Terapia Basada en la Mentalización; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; fMRI: functional Magnetic Resonance Imaging; BPDSI: Borderline Personality Disorder Severity Index; S-TAU: Tratamiento Usual Especializado.

Como puede verse en todos los estudios, de una manera u otra, se da importancia a la variable de la desregulación emocional en el TLP, alegando que es una variable que debe ser tratada si se pretende mejorar la evolución de las personas que padezcan dicho trastorno y, de igual manera, su salud mental.

Teniendo en cuenta este punto, unos estudios miden la efectividad de la puesta en marcha de la TDC y, otros, de la TBM sobre dicha variable. Todos ellos, usan el DERS para medirla, con la excepción del estudio de Laurensen et al. (2018), que usa el BPDSI, para medir la inestabilidad afectiva, entre otros.

Los estudios que miden la efectividad de la TBM (Barnicot y Crawford, 2019; Laurensen et al., 2018), concluyen que esta es una terapia efectiva para la mejora de esta desregulación en personas diagnosticadas con TLP.

Destacar aquí que, Laurensen et al. (2018), comparan la TBM con el S-TAU como grupo control, hallando que ambas terapias produjeron descensos significativos en las puntuaciones

del BPDSI, los cuales se mantuvieron en el tiempo con los seguimientos a los 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses, aunque la TBM resultó ser más efectiva con el paso del tiempo, por el hecho de que los participantes del S-TAU abandonaron más el tratamiento (34%) que los de la TBM (4%); y, Barnicot y Crawford (2019), comparan la TBM con la TDC y, aunque demuestran también la efectividad de la TBM sobre la desregulación emocional, descubrieron que, con el tiempo, la TDC tiene mayores niveles de mejora, alegando que esto puede deberse a que los objetivos de la TDC son, precisamente, la desregulación emocional (variable objeto de estudio de la revisión) y la disminución de las conductas autolesivas. Además, esto se puede confirmar ya que, en este estudio, se controlaron diversas variables de confusión.

Continuando con los estudios, en referencia a aquellos que miden la efectividad de la TDC (Goodman et al., 2014; McMain et al., 2017; Wilks et al., 2016), exponer que todos evidencian que esta influye en que se den mejoras en la desregulación de las emociones de personas con TLP y, por tanto, es considerada efectiva para ello.

Adicionalmente, en el estudio de Goodman et al. (2014), se empleó un grupo de tratamiento y uno control, donde los datos del DERS disminuyeron con el tiempo (-pre-, 0 - post-, 6 y 12 meses) en el grupo de tratamiento y se mantuvieron estables en el control. La mejora de la desregulación emocional según estos datos, se asociaron a la actividad de la amígdala, ya que es una parte del cerebro que se considera fundamental en la variable objeto de estudio, por ser el núcleo del control y la regulación de las emociones. Además, también se tuvieron en cuenta, de manera adicional, los cambios recogidos a través de la fMRI. Añadir, que los sujetos del estudio no recibieron ningún medicamento, lo que indica que los efectos favorables producidos en la amígdala y, por tanto, en la regulación emocional, se deben a la intervención de la terapia.

Por su parte, Wilks et al. (2016), dedujeron que la TDC mejora la desregulación emocional y, además, contribuye, junto con la adquisición de habilidades, a que se dé un cambio clínico significativo a lo largo del tiempo y un mejor funcionamiento psicosocial. Teniendo la TDC, la capacidad de mejorar el funcionamiento a lo largo del tiempo, más allá de la finalización del tratamiento. Además, alegaron que sería necesario enfocarse más en las estrategias de regulación de las emociones y en la efectividad interpersonal en aquellas personas con más problemas interpersonales, ya que estas tienen más situaciones para experimentar esta desregulación emocional de la que se habla; McMain et al. (2017), aquellas personas bajo tratamiento tenían más mejoras significativas en la desregulación emocional que aquellas bajo lista de espera activa. Dándose mayores en el comportamiento agresivo y en el aprendizaje de las habilidades de afrontamiento (la regulación de las emociones, entre ellas). Además, se

realizó un seguimiento a las 10, 20 y 32 semanas y se dedujo que dichas mejoras se daban a lo largo del tiempo, más concretamente, en las semanas 20 y 32. Dedujeron, por tanto, que el entrenamiento de habilidades de la TDC era realmente terapéutico, por mantenerse los beneficios en el tiempo.

Finalmente, englobando todos los resultados de los estudios analizados, se podría confirmar el hecho de que ambas terapias pueden ser efectivas para mejorar la regulación de las emociones en personas con TLP, aunque sea más recomendable usar la TDC, ya que esta se enfoca más en enseñar explícitamente las habilidades de regulación emocional (Barnicot y Crawford, 2019), hecho que podría explicar el cambio más rápido en pacientes sometidos a esta terapia; y, la TBM busca dicha mejora de un modo más indirecto, a través de la mentalización (Barnicot y Crawford, 2019). Añadir que, en relación con lo comentado de la TDC, el uso de las habilidades de esta terapia, también son mayores las reducciones relacionadas con el comportamiento autodestructivo propio del TLP a lo largo del tiempo.

6. Discusión

En términos generales, la desregulación emocional ha sido considerada por todos los autores, tanto de los estudios como de las revisiones consultadas, una variable fundamental en el tratamiento del TLP, alegando que esta facilita la sintomatología propia de este trastorno: desajuste social, relaciones interpersonales desadaptativas o alexitimia.

En consecuencia, se han buscado terapias que en el transcurso de su tratamiento actúen sobre este factor de manera efectiva, resultando las más factibles y usadas: la TDC y la TBM.

En este sentido, la efectividad de la TDC en cuanto a mejorar la desregulación emocional de las personas con TLP ha resultado ser favorable. Siendo esta, la más efectiva de ambas terapias analizadas y comentadas.

Aunque, tanto la TDC como la TBM son efectivas a la hora de tratar y reducir esta desregulación, es según el estudio desarrollado por Barnicot y Crawford (2019), la TDC la más efectiva, convirtiéndose en la terapia más usada en este ámbito. En este estudio, tras comparar la TBM con la TDC, se halló que esta última presentaba mejores índices de mejora, aunque este hecho se ve a lo largo del tiempo. Resultados que son muy similares a los encontrados en la revisión de varios estudios desarrollada por Álvarez (2019), en la que la efectividad de la TDC en cuanto a las mejoras que esta producía, es plasmada en los hallazgos de los estudios que fueron revisados.

Asimismo, en los estudios de Goodman et al. (2014), McMain et al. (2017) y Wilks et al., (2016), se demostró que la TDC favorece la regulación emocional de las personas diagnosticadas con TLP. Resultado muy similar al encontrado en la revisión de Font (2019), en la que se concluye que la TDC reduce de manera significativa la angustia emocional propia de las personas con TLP. Además de, enseñar habilidades en regulación de emociones.

Si bien es cierto que se concluye, tomando de referencia el único estudio que compara las dos terapias, que la terapia más efectiva para tratar el factor objeto de esta revisión es la TDC, la TBM también ha presentado mejoras en cuanto a la desregulación emocional, donde, Barnicot y Crawford (2019) y Laurensen et al. (2018), han demostrado en sus estudios la efectividad de esta. Aspecto que también es recogido en las revisiones de Bursal y Pérez (2017) y Font (2019), donde los estudios revisados, deducen que esta produjo importantes mejoras en el estado de ánimo, el funcionamiento global e interpersonal y en la psicopatología general de las personas con TLP.

Como bien puede verse, se encontraron más estudios realizados acerca de la TDC. Se ha sugerido que este factor puede ser la razón de que esta sea la que presente mayor efectividad ya

que, al ser más evidenciada y replicada que la TBM, se tengan más datos sobre esta y, en consecuencia, un mayor índice de efectividad (Lana y Fernández, 2013).

En una revisión con las características de este trabajo, es complicado conocer el impacto de ciertos datos, ya que el análisis es cualitativo. La medida de la efectividad individual de cada una de las terapias analizadas sería, desde este punto de vista, argumentable. Ahora bien, Edel et al. (2017), llevaron a cabo un estudio en el que comprobaron la mayor efectividad de la combinación de ambas comparada con la aplicación de una de ellas de manera aislada, y dedujeron que implicar los elementos de las dos terapias en el tratamiento de el TLP, puede ayudar a estas personas a estabilizar la desregulación emocional. Posiblemente influyan otras variables del propio paciente y del terapeuta, que hacen que en ocasiones una, otra, o distintas combinaciones de elementos de ambas terapias, puedan resultar más efectivas.

De este modo, se deduce que no solo hace falta más evidencia de la TBM y estudios que comparen únicamente la TDC con la TBM, sino también estudios que analicen la efectividad que surge de la combinación de ambas terapias y que estudien el papel de algunas características del paciente y el factor que constituye también el terapeuta.

7. Conclusiones

En respuesta al objetivo general de este trabajo, es decir, a comprobar si la TDC tiene mayor efectividad que la TBM a la hora de mejorar la desregulación emocional del TLP, se ha encontrado que, aunque ambas terapias sean efectivas, la TDC presenta mayores índices de mejora en el aprendizaje de habilidades de regulación de las emociones y en la estabilización emocional, así como en la angustia emocional, por ser una terapia destinada a ello.

Se ha concluido que los beneficios de la TDC se dan a lo largo del tiempo y que, esta se sugiere como más efectiva que la TBM, no sólo por los datos y características anteriormente mencionadas y porque su objetivo es la desregulación emocional, sino porque los beneficios de esta se mantienen en el tiempo.

7.1.Fortalezas

Los resultados planteados pueden confirmarse, ya que se ha llevado a cabo una revisión sistemática con varias búsquedas de diferentes criterios cada una y en diferentes bases de datos, lo que ha permitido una búsqueda más exhaustiva y amplia de los estudios. Además de, añadir que la revisión sistemática tiene como ventaja el poder resumir toda la información recabada de varios estudios para poder dar respuesta a una pregunta de investigación específica que permite resolver las dudas y añadir y ampliar información de esa pregunta de partida.

Además de todo ello, se ha sido muy selectivo a la hora de incluir estudios en esta revisión, incluyendo solo aquellos que tuviesen una calidad media o alta; que estuviesen realizados en varios idiomas, permitiendo la inclusión de estudios internacionales; que tuviesen población de ambos sexos, aunque haya más estudios de población femenina que masculina, por ser la población más numerosa en el TLP; que contasen con una muestra amplia, permitiendo la extrapolación de los resultados; y que se hubiesen llevado a cabo en diferentes sitios, contando con el factor cultural, muy importante en el desarrollo de trastornos y personalidad de las personas.

Todo ello, junto con la comparación que se ha llevado a cabo de las terapias, mejora la validez y la fiabilidad de los resultados encontrados y expuestos, posibilitando la confirmación y la replicabilidad de los datos de esta revisión y la confirmación de la hipótesis de que la TDC y la TBM son efectivas, siendo la TDC la más óptima para tratar la desregulación emocional del TLP, con mejoras mantenidas a lo largo del tiempo.

Además, se ha llevado a cabo un enfoque integrador, en el que no solo se han incluido estudios de diferentes lugares, varios idiomas y sexos, sino que también se han incluido estudios

en los que el TLP presentaba comorbilidad con otros trastornos. Demostrando que las terapias, en concreto la TDC, también son efectivas cuando hay comorbilidad en el trastorno.

Añadir en esta línea integradora, la inclusión del enfoque transdiagnóstico. Convirtiendo a esta revisión en un trabajo que permite la aplicabilidad tanto en el TLP sin comorbilidad como en el TLP comórbido. Ya que, no solo actúa sobre los síntomas del diagnóstico primario sino también sobre los del secundario permitiendo que se den mejoras en la sintomatología propia del trastorno y en la sintomatología común que comparte con los trastornos con los que tiene comorbilidad.

7.2.Limitaciones y propuestas de mejora

La mayor limitación de este trabajo, viene dada por la imposibilidad de encontrar ensayos clínicos que comparen la efectividad de ambas terapias. Únicamente se encontró uno, y se tomó la decisión de incluir otros estudios que, aunque solo estudiaran la efectividad de cada una de ellas por separado, presentasen resultados comparables sobre la desregulación emocional, con el uso de la misma herramienta siempre que fuera posible, y dieran muestras del rigor metodológico necesario.

Otras limitaciones de esta revisión son la falta de homogeneidad a nivel de la muestra y de la duración de las intervenciones.

La comparación de la efectividad entre las distintas terapias se ve afectada por la inclusión de un ensayo que tiene un tamaño muestral inferior a 30 sujetos. Suponiendo un sesgo potencial en esta revisión, ya que, aunque en una revisión como esta de tipo cualitativa el tamaño de la muestra es menos relevante, es difícil encontrar relaciones y generalizaciones que sean significativas a partir de los datos recabados en los estudios con tamaños muestrales pequeños.

El hecho de que resultase imposible el acceso a dos estudios potencialmente pertinentes, por la no respuesta de sus correspondientes autores tras pedir un ejemplar, pudo dejar fuera otras aportaciones posiblemente relevantes. Igualmente, habría sido conveniente solicitar a autores de otros trabajos que fueron descartados, las medidas o cálculos que obtuvieron en relación a la variable de interés de esta revisión, ya que, en algunos de esos estudios descartados se cumplían los criterios de inclusión y exclusión, pero los datos que habían obtenido en relación a la desregulación emocional habían sido omitidos por no ser esta variable el objetivo de su estudio.

Precisamente respecto a esta vertiente cuantitativa, además de las limitaciones que se mencionan, se añade el hecho de no haber podido analizar los resultados por un metaanálisis. Este permite decidir qué variables son dependientes y de qué medidas de resumen se dispone y

plasmar las diferencias existentes y las medias que corresponden, en términos de datos discretos y datos continuos, respectivamente. Y su no aplicación, supone no poder generalizar los resultados de esta revisión a una población aún más amplia. Además del hecho de que las revisiones sistemáticas, por norma general, están limitadas por la cantidad y por la calidad de los estudios que se han realizado con anterioridad, pudiendo derivar en una revisión que no disponga de un gran número de datos necesario para su óptimo desarrollo y consecuente validez y solidez.

De esta manera, y aunque se ha mostrado que las terapias expuestas son efectivas para tratar la desregulación emocional del TLP, sería interesante considerar muestras y duración de las intervenciones más homogéneas en futuras investigaciones con el fin de facilitar las comparaciones de las terapias y dar más fiabilidad y validez a los estudios que se realicen.

7.3. Líneas futuras

En los últimos diez años, solo se ha encontrado un estudio que compare la TDC con la TBM de manera particular, otro que combine ambas terapias y muy pocos que estudien la efectividad de la TBM como tal.

Por lo que se considera relevante que en un futuro se realicen más ensayos clínicos que estudien la efectividad de la TBM, que comparen esta con la TDC como terapias fundamentales y primordiales en el tratamiento de la desregulación emocional del TLP y que consideren la combinación de ambas. Además, de desarrollar un ensayo clínico controlado y aleatorizado para ver diferencias, similitudes y cuáles son los mecanismos específicos de cada una, y comunes entre ambas.

Pudiendo ser el último aspecto, algo novedoso y bastante prometedor, si se toma conciencia de que ambas ayudan a que se regulen las emociones de las personas con TLP.

Además de mejorar esta línea en la investigación futura, se detectan implicaciones para la práctica clínica, se considera que se deberían escoger la TDC y la TBM como terapias prioritarias a la hora de intervenir con personas que presenten problemas relacionados con la regulación de sus emociones, ya no solo para personas con TLP sino para cualquier persona que presente alguna psicopatología con la presencia de esta desregulación emocional de la que se habla. Como en el caso de uno de los estudios descartados (Eisner et al., 2017), en el que la TDC resultó ser efectiva para personas con trastorno bipolar.

Además, se considera clave, no solo elegir estas terapias como primera opción, sino también llevar a cabo su combinación. Escogiendo en el desarrollo de la intervención (en consulta, en terapia grupal o en llamada telefónica) los aspectos más efectivos de cada una de las terapias

teniendo en cuenta la actitud, las características personales y las habilidades particulares de la persona con TLP con la que se vaya a desarrollar el tratamiento.

8. Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Guía de consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5™*. https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf
- Aragónés, E., Salvador, L., López, J., Ferrer, M. y Lluís, J. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174. <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.12.006>
- Arntz, A., van den Hoorn, M., Cornelis, J., Verheul, R., van den Bosch, W. M., de Bie, A. J. (2003). Reliability and validity of the Borderline Personality Disorder Severity Index. *Journal of Personality Disorders*, 17(1), 45–59. <http://doi.org/10.1521/pedi.17.1.45.24053>
- Asociación Nacional de Informadores de la Salud (19 de junio de 2019). *Entre el 2% y el 8% de la población padece trastorno límite de la personalidad*. <http://www.anisalud.com/actualidad/notas-de-prensa-anis/4733-entre-el-2-y-el-8-de-la-población-padece-trastorno-1%C3%ADmite-de-la-personalidad>
- Axelrod, S. R., Perepletchikova, F., Holtzman, K. y Sinha, R. (2011). Emotion regulation and substance use frequency in women with substance dependence and borderline personality disorder receiving dialectical behavior therapy. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 37(1), 37-42. <https://doi.org/10.3109/00952990.2010.535582>
- *Barnicot, K. y Crawford, M. (2019). Dialectical behaviour therapy versus mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2060-2068. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
- Barstch, D., Roberts, R., Davies, M. y Proeve, M. (2015). The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: learning from clinical practice. *Personal Mental Health*, 9(1), 33-43. <https://doi.org/10.1002/pmh.1274>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, 9(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Blanco, M., Díaz, M^a. C., Remesal, R., Soriano, M^a. F. y Mena, L. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para el trastorno límite de personalidad. *Boletín Psicoevidencias*, 50. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/22-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-el-tlp/file>
- Burgal, F. y Pérez, N. (2017). Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del trastorno límite de personalidad: una revisión. *Papeles del Psicólogo*, 38(2), 148-156. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2832>

- Caballo, V. E. y Camacho, S. (2000). El trastorno límite de la personalidad: controversias actuales. *Psicología desde el Caribe*, 5, 31-55. <https://www.researchgate.net/publication/255632595>
- Carranza, I. (2002). Tratamiento de un caso de trastorno límite de la personalidad en una comunidad terapéutica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 81(1), 1522-1531. <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/tratamiento-tlp-comunidad-terapeutica.pdf>
- Castro, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate*, 3, 59-90. <https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.503>
- Chalker, S. A., Carmel, A., Atkins, D. C., Landes, S. J., Kerbrat, A. H. y Comtois, K. A. (2015). Examining challenging behaviors of clients with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 75, 11-19. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.10.003>
- Edel, M. A., Raaf, V., Dimaggio, G., Bucheim, A. y Brüne, M. (2017). Exploring the effectiveness of combined mentalization-based group therapy and dialectical behaviour therapy for inpatients with borderline personality disorder – A pilot study. *British Journal of Clinical Psychology*, 56 (1), 1-15. <https://doi.org/10.1111/bjc.12123>
- Eisner, L., Eddie, D., Harley, R., Jacobo, M., Nierenberg, A. A. y Deckersbach, T. (2017). Dialectical Behavior Therapy Group Skills Training for Bipolar Disorder. *Behaviour Therapy*, 48(4), 557-566. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.12.006>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 43(5), 177-186. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/17/97/ESP/17-97-ESP-177-86-790955.pdf>
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: estudio y tratamiento. *Intelligo*, 1(1), 4-20. <https://www.trastornolimite.com/images/stories/pdf/TLP-estudio-y-tratamiento-por-tania-escribano-nieto.pdf>
- Feliu, A. Pascual, J.C., Soler, J., Pérez, V. Armario, A., Carrasco, J., Sanz, A., Villamarín, F. y Borrás, X. (2013). Emotional responses to a negative emotion induction procedure in Borderline Personality Disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 9-17. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70002-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70002-4)
- Font, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: comparación de tratamientos. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197-212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>

- Giffin, J. (2008). Family experience of Borderline Personality Disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29(3), 133-138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- González, D., Cernuda, J. A., Alonso, F., Beltrán, P. y Aparicio, V. (2018). Transdiagnóstico: origen e implicaciones en los cuidados de salud mental. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 145-166. <http://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100008>
- *Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C. Y., Goldstein, K. E., Avedon, J., Fernandez, N., Mascitelli, K. A., Blair, N. J., New, A. S., Triebwasser, J., Siever, L. J. y Hazlett, E. A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdala activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 57, 108-116. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.020>
- Gratz, K., Kiel, E., Latzman, R., Elkin, D., Moore, S. A. y Tull, M. (2014). Emotion: empirical contribution. Maternal borderline personality pathology and infant emotion regulation: examining the influence of maternal emotion-related difficulties and infant attachment. *Journal of Personality Disorders*, 28(1), 52-69. <https://doi.org/10.1521/pedi.2014.28.1.52>
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. *Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2010/02.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. Fórum de Salud Mental y AIAQS (coords.) (2011). *Guía de práctica 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 Addiccions. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya.
- Grupo de trabajo sobre atención a personas con trastorno límite de la personalidad del II PISMA. Servicio Andaluz de Salud (2012). *Atención a las personas con trastorno límite de personalidad en Andalucía. Documento técnico*. Granada: Área de Sistemas y Servicios Sanitarios, Sociosanitarios y Calidad. Escuela Andaluza de Salud Pública. <https://consaludmental.org/publicaciones/AtencionpersonasTLPAandalucia.pdf>

- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: El papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual: Revista Internacional Clínica y de la Salud*, 19(2), 347-372.
- Instituto Nacional de Estadística (2019). *El empleo de las personas con discapacidad (EPD)*. https://www.ine.es/prensa/epd_2018.pdf
- Lana, F. y Fernández, M^a. I. (2013). ¿Hasta qué punto las psicoterapias específicas para el trastorno límite de la personalidad son eficaces? Una revisión sistemática de los estudios controlados aleatorizados publicados. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 41 (4), 242-252. <https://actaspsiquiatria.es/repositorio/15/84/ESP/15-84-ESP-242-252-773764.pdf>
- *Laurensen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B. J., van Dam, A. M., van Broekhuizen, A. J., Blankers, M., Busschbach, J. J. V. y Dekker, J. J. M. (2018). Day Hospital Mentalization-Based Treatment (MBT-DH) versus specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000132>
- Lawn, S. y McMahon, J. (2015). Experiences of family carers of people diagnosed with borderline personality disorder. *Journal Psychiatry Mental Health Nursery*, 22(4), 234-243. <https://doi.org/10.1111/jpm.12193>
- Linares, M. y Cortacero, L. (2014). Mi hijo: una dependencia singular no reconocida. *Archivos de la memoria*, 11(3).
- Lung, A. y Linehan, M. (2017). Dialectical Behaviour Therapy: Overview, Characteristics and Future Directions. En S. G. Hofmann y G. J. Asmundson (Eds.), *The science of cognitive behavioral therapy* (págs.429-459). Academic Press.. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00018-0>
- Marín, M., Robles, R., González-Forteza, C. y Andrade, P. (2012). Propiedades psicométricas de la escala “Dificultades en la Regulación Emocional” en español (DERS-E) para adolescentes mexicanos. *Salud Mental*, 35(6), 521-526.
- *McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L. y 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, 138-148. <https://doi.org/10.1111/acps.12664>
- Montero, G., Niell, L., Baena, R., Rodríguez, J. y Alberdi, I. (2018). El suicidio en la población TLP en datos. En el XIX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría. *Interpsiquis*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-1-2018-25-pon6%5b1%5d.pdf>

- Muñoz-Martínez, A. M., Vargas, R. M. y Hoyos- González, J. S. (2016). Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS): Análisis Factorial en una Muestra Colombiana. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 233-244. <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2016.19.1.10>
- Murciasalud (2018). El portal sanitario de la región de Murcia. <https://www.murciasalud.es/gftb.php?idsec=474&opt=ficha1&cod=N03AE01&area=1>
- Navarro, M., Botella, C., Guillén, V., Moliner, R., Marco, H., Jorquera, M., Baños, R. y García-Palacios, A. (2018). Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder and Eating Disorders Comorbidity: A Pilot Study in a Naturalistic Setting. *Cognitive Therapy and Research*, 42, 636-649. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9906-9>
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L. y Linehan, M. M. (2014). Impact of Dialectical Behavior Therapy versus Community Treatment by Experts on Emotional Experience, Expression, and Acceptance in Borderline Personality Disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 53, 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.12.004>
- Organización Mundial de la Salud (2019). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. <https://icd.who.int/browse11/lm/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f941859884>
- Parés-Badell O., Barbaglia G., Jerinic P., Gustavsson A., Salvador-Carulla L. y Alonso, J. (2014). Cost of Disorders of the Brain in Spain. *PLoS ONE* 9(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0105471>
- Perestelo, L. (2012). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13(1), 49-57. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70007-3](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70007-3)
- Sandín, B., Chorot, P. y Valiente, R. M. (2012). Transdiagnóstico: nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 185-203. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Segurana, J. C. y Bartel, R. (2016). Convivir con una persona con Trastorno de Personalidad Límite. Vivencias de los familiares a través de un caso. *Revista Presencia. Salud Mental, Investigación y Humanidades*, 12(24), 1-7. <http://www.index-f.com/p2e/n24/p10924.php>

- Skodol, A. (2018, mayo). Trastorno límite de la personalidad (TLP). *Manual MSD*. Versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-psiquiátricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tlp>
- Stepp, S., Whalen, D., Pilkonis, P., Hipwell, A. y Levine, M. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 3(1), 76–91. <https://doi.org/10.1037/a0023081>
- Tobella, H., García, A., Vázquez, M.A. y Barberá, M. (2015). La disregulación emocional: un factor de predisposición para el desarrollo del trastorno límite de la personalidad. En M. T. Ramiro y T. Ramiro (Comps.), *Avances en Psicología Clínica* (pp.109-118). Granada: Asociación Española de Psicología Conductual. Recuperado de: http://www.aepc.es/PsClinicaX/LIBRO_CAPITULOS_2015.pdf
- Urrútia, G. y Bonfill, X. (2010). Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Medicina Clínica*, 135(11), 507-511. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013a). Terapia dialéctico conductual para el Trastorno de personalidad límite. *Acción psicológica*, 10(1), 45-56. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Vega, I. y Sánchez, S. (2013b). Introducción al tratamiento basado en la mentalización para el trastorno límite de la personalidad. *Acción Psicológica*, 10(1), 21-32. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.10.1.7030>
- Vera, M. C., Barrigón, M. L. y Baca-García, E. (2019). El trastorno límite de personalidad y la conducta suicida. En el XX Congreso Virtual Internacional de Psiquiatría, Psicología y Salud Mental. *Interpsiquis*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-5-2019-25PON12Reg2460.pdf>
- *Wilks, C. R., Korslund, K. E., Harned, M. S. y Linehan, M. M. (2016). Dialectical behavior therapy and domains of functioning over two years. *Behaviour Research and Therapy*, 77, 162-169. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.12.013>
- Winter, D., Niedtfield, I., Schmitt, R., Bohus, M., Schmahl, C. y Herpertz, S. C. (2017). Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *European Archives of Psychiatry and clinical Neuroscience*, 267(1), 51-62. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0689-2>

- Zalewski, M., Lewis, J. K. y Martín, C. G. (2018). Identifying novel applications of dialectical behavior therapy: considering emotion regulation and parenting. *Current Opinion in Psychology*, 21, 122-126. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.013>
- Zalewski, M., Stepp, S., Scott, L., Whalen, D., Beeney, J. y Hipwell, A. (2014). Maternal borderline personality disorder symptoms and parenting of adolescent daughters. *Journal Personality Disorders*, 28(4), 541-554. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_131