

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

VARIABLES RELACIONADAS CON EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD
EN LA ADOLESCENCIA Y ESTUDIO PRELIMINAR DE LA EFICACIA DE DOS
MODALIDADES DE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTORA

PRESENTADA POR

Sara Marco Sánchez

DIRIGIDA POR

Gonzalo Hervás Torres
María Mayoral Aragón

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA



TESIS DOCTORAL

**VARIABLES RELACIONADAS CON EL
TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN LA
ADOLESCENCIA Y ESTUDIO PRELIMINAR DE
LA EFICACIA DE DOS MODALIDADES DE
TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.**

Directores:

Gonzalo Hervás Torres

María Mayoral Aragón

Doctoranda:

Sara Marco Sánchez

Madrid, 2024

A mi padre.

*Purroy huele bien
Purroy huele a ontinas, hinojo, té y tomillo
Huele a melocotón, a manzanas y domasquinos
Huele a rancho, a tortilla y a fritada
Que en los huertos de los Pardillos, no falta de nada
Huele a jamón de Saviñán, a queso de Arándiga y a vino de Morata
Huele a chicas buenas y guapas, y a chicos guapos y fornidos
Huele tan bien en mi pueblo, que vine y ya no me he ido.*

Agradecimientos

Agradecimientos

El proceso de elaboración de la tesis ha sido laborioso y agradezco a todas las personas que me han apoyado y motivado a llevarlo a cabo. Desde el principio, con la ayuda de María y el equipo de ATraPA: Ana, Carlos, Fátima... todos me transmitieron su ilusión y sus ideas para comenzar con este proyecto y me ofrecieron de su colaboración para poder implementarlo. Gracias por motivarme a comenzar.

A Gonzalo, quería agradecerle especialmente su apoyo en los momentos más complicados, y su seguimiento cercano durante todo el proceso, supervisando de manera estrecha cada paso, y ofreciéndome su disposición y sus ideas para que la investigación tuviera la máxima calidad. Gracias por ayudarme a seguir.

A Dani, por orientarme con los análisis y mostrarse siempre dispuesto a ayudarme.

A las personas de mi entorno, por la comprensión y el apoyo, aún desde el desconocimiento, y por confiar siempre en mí y valorarme. Gracias por vuestro apoyo de siempre.

A las familias, los colegios y hospitales que colaboraron y que contribuyeron a que mejorase como profesional y que pudiera aportar un granito de arena para mejorar el conocimiento de los trastornos mentales y de su intervención. Gracias por vuestra generosidad.

A todos, gracias.

Índice

Índice

	<i>Pág.</i>
Resumen	20
Abstract	24
1. Introducción	28
1.1. Trastorno Límite de Personalidad (TLP): conceptualización y actualización.....	29
1.1.1. Características clínicas.....	29
1.1.2. Epidemiología y curso	34
1.1.3. Modelos explicativos del TLP.....	36
1.1.3.1. Teoría de la Mentalización.....	38
1.1.3.2. Modelo psicoanalítico de Kernberg.....	39
1.1.3.3. Teoría Biosocial.....	40
1.2. TLP en la adolescencia.....	45
1.3. Terapia Dialéctico-conductual (TDC) para el TLP.....	48
1.3.1. La TDC como Terapia de Tercera Generación.....	48
1.3.2. Bases Teóricas de la TDC.....	49
1.3.3. TDC: intervención.....	51
1.3.4. Adaptación de la TDC en la adolescencia (TDC-A).....	57
1.4. Variables asociadas al TLP.....	62
1.4.1. Funcionamiento familiar.....	62
1.4.2. Desregulación emocional.....	66
1.4.3. Mindfulness	70
1.4.4. Autocompasión	73
2. Justificación de la tesis	76
3. Objetivos	81

4. Estudio 1: <i>Funcionamiento familiar en adolescentes en riesgo de suicidio con rasgos de personalidad límite: un estudio exploratorio</i>	85
4.1. Introducción.....	86
4.2. Método.....	87
4.3. Resultados.....	91
4.4. Discusión.....	94
5. Estudio 2: <i>Diferencias en mindfulness, estilos educativos parentales y desregulación emocional en una muestra de adolescentes con rasgos de Trastorno Límite de Personalidad y una muestra de adolescentes sanos</i>	98
5.1. Introducción.....	99
5.2. Método.....	101
5.3. Resultados.....	104
5.4. Discusión.....	108
6. Estudio 3: <i>Grupo de Habilidades de Terapia Dialéctico-Conductual para padres de adolescentes con rasgos de Trastorno Límite de Personalidad</i>	112
6.1. Introducción.....	113
6.2. Método.....	115
6.3. Resultados.....	119
6.4. Discusión.....	124
7. Estudio 4: <i>Cambios en adolescentes con rasgos de Trastorno Límite de Personalidad y sus padres tras un grupo multifamiliar de Terapia Dialéctico-Conductual</i>	129
7.1. Introducción.....	130
7.2. Método.....	132
7.3. Resultados.....	135
7.4. Discusión.....	140
8. Discusión general	146
9. Conclusiones	157
10. Referencias bibliográficas	161

11. Anexos	200
11.1. Anexo 1. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra clínica de Madrid.....	201
11.2. Anexo 2. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra de controles de Madrid.....	207
11.3. Anexo 3. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra clínica de Lleida.....	213
11.4. Anexo 4. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra de controles de Lleida.....	219
11.5. Anexo 5. Escala de Ideación Suicida (SSI).....	225
11.6. Anexo 6. Escala de Clima Social en la Familia (FES).....	228
11.7. Anexo 7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)..	231
11.8. Anexo 8. Escala de Afecto, versión progenitores.....	232
11.9. Anexo 9. Escala de Afecto, versión hijos.....	233
11.10. Anexo 10. Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ).....	234
11.11. Anexo 11. Cuestionario de Autocompasión (SCS).....	236
11.12. Anexo 12. Escala de Sobreproducción Emocional (EOPS).....	238
11.13. Anexo 13. Cuestionario de Calidad Asistencial (CSQ-8).....	239
11.14. Anexo 14. Análisis de multicolinealidad (Estudios 1 y 2)... ..	241
11.15. Anexo 15. Datos sociodemográficos de la muestra (Estudios 3 y 4)...	242

Índice de tablas, figuras y abreviaturas

Índice de tablas

Introducción

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TLP en la Sección II el DSM 5.....	29
Tabla 2. Criterios diagnósticos del TLP en la Sección III del DSM 5.....	30
Tabla 3. Propuesta de Gunderson de dominios de disfunción del TLP.....	31
Tabla 4. Elementos de la vulnerabilidad biológica según Linehan	41
Tabla 5. Ejemplos de respuestas invalidantes de los padres hacia los niños.....	43
Tabla 6. Características de la TDC como Terapia de Tercera Generación.....	48
Tabla 7. Módulos de Habilidades de la Terapia Grupal de la TDC.....	54
Tabla 8. Objetivos del grupo de terapeutas de la TDC.....	56
Tabla 9. Cambios que incluye la adaptación de la TDC en adolescentes (TDC-A)....	57
Tabla 10. Objetivos secundarios del módulo de Línea Media.....	60
Tabla 11. Componentes de la autocompasión.....	73

Estudio 1

Tabla 12. Dimensiones y subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia.....	89
Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia.....	91
Tabla 14. Correlaciones entre dimensiones de la Escala Clima Social en la Familia y la puntuación global de la Escala de Ideación Suicida.....	92
Tabla 15. Correlaciones entre las subescalas de las diferentes dimensiones de la Escala de Clima Social en la Familia y la puntuación global de la Escala de Ideación Suicida.....	92
Tabla 16. Análisis de regresión lineal de las dimensiones de la Escala Clima Social en la Familia sobre la Escala de Ideación Suicida.....	93

Estudio 2

Tabla 17. Prueba t para Muestras Independientes.....	104
Tabla 18. Correlación entre variables.....	106

Tabla 19. Resultados del test omnibus para cada modelo.....	107
Tabla 20. Análisis de regression logística para Y= caso.....	107

Estudio 3

Tabla 21. Medias y desviaciones típicas de las variables evaluadas en cada momento de la evaluación.....	120
Tabla 22. Comparaciones pre-post, pre-seguimiento a los 6 meses y post-seguimiento a los 6 meses para cada variable.....	121
Tabla 23. CCS tras la intervención.....	123

Estudio 4

Tabla 24. Medias y desviaciones típicas de las variables en cada momento de la evaluación.....	136
Tabla 25. Comparaciones pre-post, pre-seguimiento a los 6 meses y post-seguimiento a los 6 meses para cada variable.....	136
Tabla 26. CCS tras la intervención.....	138

Índice de figuras

Figura 1. Jerarquía de objetivos de la terapia individual de la TDC.....	52
Figura 2. Componentes de tratamiento de la TDC.....	56
Figura 3. Medias del grupo de rasgos TLP y el grupo control en cada variable.....	105

Abreviaturas

APA: American Psychological Association.

ATraPA©: Programa Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia de la Unidad de Hospitalización Aguda de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

CCS: Cambio clínicamente significativo.

CI: Coeficiente Intelectual.

CIE-11: Clasificación Internacional de las Enfermedades, versión 11.

CSQ-8: Cuestionario de Satisfacción del Cliente.

DERS: Escala de desregulación emocional.

DSM-IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión 4.

DSM 5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión 5.

EOPS: Cuestionario de sobreproducción emocional.

FFMQ: Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness.

KSADS-PL: Escala para la evaluación de los trastornos afectivos y la esquizofrenia en niños, versión pasado y presente.

NICE: Instituto Nacional por la excelencia en el cuidado y la salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

SCID-II: Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM IV.

SCS: Cuestionario de autocompasión.

TCC: Terapia Cognitivo-Conductual.

TDC: Terapia Dialéctico-Conductual.

TDC-A: Versión para adolescentes de la Terapia Dialéctico Conductual.

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

YSR: Cuestionario para jóvenes de Achenbach.

Resumen

Resumen

Variables relacionadas con el Trastorno Límite de Personalidad en la adolescencia y estudio preliminar de la eficacia de dos modalidades de Terapia Dialéctico-Conductual.

Introducción.

El diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad (TLP) en la adolescencia es válido y fiable y ampliamente aceptado, tanto por las clasificaciones diagnósticas, como por la mayoría de investigadores. Gracias a ello, la literatura científica acerca de los factores que influyen en el TLP en la adolescencia y de la eficacia de intervenciones tempranas es cada vez más prolífera. También existe un creciente interés en conocer los procesos que influyen en la desregulación emocional, considerada el núcleo del TLP, así como de comprender los mecanismos están detrás de la eficacia de las intervenciones, como es el caso de la Terapia Dialéctico Conductual (TDC).

Objetivos y método.

El objetivo del presente trabajo es contribuir al conocimiento acerca de las variables asociadas al TLP en la adolescencia y evaluar los resultados de la TDC en estos factores. Las variables que se exploran en este trabajo son factores comúnmente asociados al TLP, como la desregulación emocional, el estilo educativo parental o las habilidades de mindfulness. Para ello, se han llevado a cabo 4 estudios diferentes. El primero de ellos es un estudio correlacional, que analiza la relación entre ideación suicida y funcionamiento familiar en una muestra de adolescentes con rasgos de TLP. El segundo estudio investiga las diferencias entre adolescentes con rasgos de TLP y adolescentes sanos en una serie de variables relevantes: estilos parentales, regulación emocional y mindfulness. Este estudio pretende analizar si diferentes niveles en estas variables determinan la pertenencia a cada grupo. Los estudios tercero y cuarto se dirigen a evaluar la eficacia de dos intervenciones grupales de habilidades de TDC en una serie de variables relevantes, como los estilos parentales y la regulación emocional. En el tercero, el grupo está formado únicamente por padres de adolescentes con rasgos de TLP, analizando efectos indirectos de la intervención con padres sobre los niveles en las variables de los hijos; mientras que en el cuarto, tanto padres como hijos participan

en un grupo multifamiliar de TDC-A y se evalúan los cambios en ambos tras la intervención.

Las muestras empleadas en cada estudio pertenecen a dos ciudades españolas, Lleida y Madrid. La del primer estudio corresponde a una muestra de adolescentes con rasgos de TLP de Madrid; en el segundo estudio la muestra está formada por adolescentes con rasgos de TLP y controles tanto de Madrid como de Lleida. En el tercer estudio la muestra es un grupo de adolescentes con rasgos de TLP de Madrid y sus padres y, finalmente, el último estudio incluye adolescentes con rasgos de TLP de Lleida y sus padres. Los dos primeros estudios fueron transversales, el primero correlacional, y el segundo comparativo. Los estudios tercero y cuarto fueron estudios pre-post, incluyendo una medida de las variables a los 6 meses tras la intervención.

Resultados

Los resultados del primer estudio mostraron una relación negativa entre el nivel de ideación suicida y las variables familiares de expresividad y social-recreativa. Menores niveles de comunicación y escasas actividades de ocio compartido en la familia se relacionaron con la mayor presencia de ideas suicidas en adolescentes con rasgos de TLP. En el segundo estudio, los grupos de adolescentes con y sin rasgos de TLP mostraron diferencias en la percepción del estilo parental, siendo más crítico y menos afectuoso en adolescentes con rasgos de TLP que en adolescentes sanos. Además, los adolescentes con rasgos de TLP presentaron peores niveles que el grupo control en las variables de mindfulness y de regulación emocional. Las habilidades de mindfulness de “describir” y “no juzgar” fueron las que predecían la pertenencia a uno u otro de los grupos, por lo que parecen ser factores especialmente relevantes en la comprensión del TLP en adolescentes.

El tercer estudio demostró que la intervención grupal de TDC solo con padres permite modificar de manera indirecta variables en los hijos con rasgos de TLP. Mientras que los padres presentaron resultados mixtos, mejorando en algunas habilidades de mindfulness, pero juzgando de manera más severa sus estilos educativos, los hijos mostraron una mejoría general en todas las variables: percibieron a sus padres como más cálidos y menos críticos y mostraron mejores habilidades de mindfulness y

de regulación emocional que antes de la intervención. Finalmente, el cuarto estudio mostró que la intervención grupal multifamiliar daba lugar a que tanto padres como hijos mejoraran su percepción de los estilos parentales, mientras que los resultados en regulación emocional en ambos grupos fueron mixtos.

Conclusiones

Como conclusión, el compendio de estudios presentados en este trabajo permite destacar a los estilos parentales, la regulación emocional y las habilidades de mindfulness como variables relevantes en el TLP en la adolescencia. Además, permite mostrar que las intervenciones grupales de TDC con familiares de adolescentes con rasgos de TLP pueden ser eficaces para modificar algunos de estos mecanismos. La habilidad de mindfulness de no juzgar sobresale como la más relevante en la comprensión del TLP en la adolescencia.

Por tanto, las intervenciones tempranas destinadas a modificar aspectos de la crianza y enseñar habilidades de mindfulness y regulación emocional en padres e hijos podrían tener un efecto preventivo que permitiera mejorar el pronóstico del TLP en la adolescencia e incluso evitar su aparición. Y por esa razón, tratamientos grupales breves que incluyen a familiares y están centrados en la enseñanza de habilidades de TDC son una opción interesante para implementar en el sistema sanitario público español, dada su eficacia y su bajo coste.

Abstract

Abstract

Variables related to Borderline Personality Disorder in adolescence and preliminary study of the effectiveness of two Dialectical-Behavioral Therapy modalities.

Introduction.

The diagnosis of Borderline Personality Disorder (BPD) in adolescence is valid and reliable and widely accepted, both by diagnostic classifications and by most researchers. Thanks to this, the scientific literature on the factors influencing BPD in adolescence and the effectiveness of early interventions is becoming increasingly prolific. There is a growing interest in understanding the processes that influence emotional dysregulation, the core of BPD, as well as understanding the mechanisms behind the effectiveness of interventions, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT).
ctiveness of interventions, such as Dialectical Behavior Therapy (DBT).

Objectives and Method.

The aim of this study is to contribute to the knowledge of the characteristics of BPD in adolescence and to evaluate the results of DBT in these variables. The factors explored in this study are commonly associated with BPD, such as emotional dysregulation, parenting styles, and mindfulness skills. To do this, four different studies have been conducted. The first is a correlational study that analyzes the relationship between suicidal ideation and family functioning in a sample of adolescents with BPD features. The second study investigates the differences between adolescents with BPD features and healthy adolescents in a series of relevant variables: parenting styles, emotional regulation and mindfulness. It aims to determine if different levels of these variables determine group membership. The third and fourth studies aim to evaluate the effectiveness of two group interventions of DBT skills on relevant variables, such as parenting styles and emotional regulation. In the third study, the group is composed only by parents of adolescents with BPD features, and it analyzes the indirect effects of the intervention with parents on the levels of the children's variables. In the fourth

study, both parents and children participate in a multifamily group, and changes after the intervention are evaluated in both.

The samples were from two Spanish cities, Lleida and Madrid. The first study's sample consists of adolescents with BPD features from Madrid; in the second study, the sample is composed by adolescents with BPD features and controls from both Madrid and Lleida. In the third study, the sample is a group of adolescents with BPD features from Madrid and their parents, and finally, the last study includes adolescents with BPD from Lleida and their parents. The first two studies were cross-sectional, the first correlational, and the second comparative. The third and fourth studies were pre-post studies, including a measure of the variables six months after the intervention.

Results.

The results of the first study showed a negative relationship between the level of suicidal ideation and family variables of expressiveness and social-recreational activities. Lower levels of communication and limited shared leisure activities in the family were related to a greater presence of suicidal thoughts in adolescents with BPD features. In the second study, the groups of adolescents with and without BPD features showed differences in the perception of parental styles, with adolescents with BPD features perceiving their parents as more critical and less affectionate than healthy adolescents. In addition, adolescents with BPD features had lower levels than the control group in mindfulness and emotional regulation variables. The mindfulness skills of "describing" and "non-judging" were the ones that predicted group membership, so they seem to be especially relevant factors related to BPD in adolescents.

The third study demonstrated that the DBT group intervention with parents only led to indirect modification of variables in the adolescents with BPD features. While parents showed mixed results, improving in some mindfulness skills but judging their parenting styles more severely, the children showed overall improvement in all variables. They perceived their parents as warmer and less critical and demonstrated better mindfulness and emotional regulation skills than before the intervention. Finally, the fourth study showed that the multifamily group intervention led both parents and children to improve their perception of parenting styles, while the results in emotional regulation in both groups were mixed.

Conclusions.

In conclusion, the set of studies presented in this work highlights parenting styles, emotional regulation and mindfulness skills as relevant variables in BPD in adolescence. It also shows that group DBT interventions can be effective in modifying some of these mechanisms. The mindfulness skill of non-judging stands out as the most relevant in BPD in adolescence.

Therefore, early interventions aimed at modifying aspects of parenting and teaching mindfulness and emotional regulation skills to parents and children can have a preventive effect that improves the prognosis of BPD in adolescence and may even avoid its development. Brief group interventions including parents of adolescents with BPD features and focused on teaching DBT skills are an interesting choice to implement in the spanish public health system, due to its effectiveness and low cost.

1. Introducción

1.1. EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD (TLP): CONCEPTUALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN.

El *Trastorno Límite de Personalidad* (TLP) es un trastorno mental grave caracterizado por un patrón duradero de inestabilidad emocional, problemas interpersonales, impulsividad y gestos suicidas (American Psychological Association, APA, 2013), que genera importantes limitaciones en la calidad de vida de la persona y sus proyectos personales.

1.1.1. Características clínicas.

Las personas con TLP presentan una marcada inestabilidad emocional. Esta inestabilidad se caracteriza por cambios en sus estados emocionales de manera rápida e intensa, lo que da lugar a reacciones impredecibles e impulsivas. El carácter abrupto de los cambios emocionales y su dificultad para manejarlos adecuadamente es considerado por muchos autores como la base de la patología y es denominado *desregulación emocional* (Linehan, 1993a). El TLP se encuadra dentro del *Clúster B* de trastornos de personalidad, caracterizados por el dramatismo, la emocionalidad y el comportamiento errático. En la *Sección II* del *DSM 5* (APA, 2013), los criterios diagnósticos para el TLP son:

Tabla 1. Criterios diagnósticos del TLP en la Sección II el DSM 5.

1.	Intentos desesperados para evitar el abandono real o imaginado (<i>Excluye Criterio 5</i>).
2.	Patrón generalizado de inestabilidad e intensidad en las relaciones interpersonales en las cuales se destaca la ambivalencia entre idealización y devaluación.
3.	Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4.	Conductas impulsivas en dos o más áreas altamente autolesivas: gastos, sexo, drogas, conducta temeraria, atracones alimentarios (<i>Excluye Criterio 5</i>).
5.	Conductas, actitud o amenazas frecuentes de suicidio o de automutilación.
6.	Labilidad afectiva causada por una reacción notable del estado de ánimo (Ej.

	episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que pueden durar varias horas e rara vez, más de unos días).
7.	Sensación crónica de vacío.
8.	Enfado intenso e inapropiado o dificultad para controlar la ira (Ej. manifestación recurrente de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9.	Ideas paranoides transitorias asociadas a momentos de estrés o síntomas disociativos graves.

Para recibir el diagnóstico de TLP, la persona debe cumplir al menos 5 de estos 9 criterios. El diagnóstico diferencial se ha de llevar a cabo con los trastornos del estado del ánimo, especialmente con el Trastorno Bipolar (Paris, 2018), donde los cambios de fases afectivas, las conductas suicidas en las fases depresivas y las actuaciones impulsivas y de riesgo en las fases maníacas pueden confundirse con la inestabilidad emocional del TLP. También se ha de poner especial atención en diferenciarlo del Trastorno de Estrés Postraumático, dada la alta comorbilidad de experiencias de trauma en pacientes con TLP, así como con el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, por su carácter impulsivo y de escaso autocontrol (Paris, 2018).

El *DSM 5* (APA, 2013) añade en su *Sección III* una conceptualización alternativa para el TLP, que propone un modelo híbrido categórico-dimensional. Desde esta perspectiva, se plantea que para el diagnóstico de cualquier trastorno de personalidad deben estar afectados *4 dominios de funcionamiento* de la personalidad (*identidad, autodirección, empatía e intimidad*), y que para el diagnóstico de TLP se deben cumplir además 4 o más criterios, siendo al menos uno la impulsividad, hostilidad o toma de riesgos:

Tabla 2. Criterios diagnósticos del TLP en la Sección III del DSM 5.

1.	Labilidad emocional.
2.	Ansiedad.
3.	Inseguridad de separación.
4.	Depresión.
5.	Impulsividad.

6.	Toma de riesgos.
7.	Hostilidad.

Alternativamente, Gunderson (2010) plantea que las características del TLP pueden clasificarse en 4 dominios de disfunción, los cuales son:

Tabla 3. Propuesta de Gunderson (2010) de dominios de disfunción del TLP.

DOMINIO DE DISFUNCIÓN		CARACTERÍSTICAS DEL TLP
A.	Hipersensibilidad interpersonal.	1. Inestabilidad en las relaciones. 2. Miedo al abandono. 3. Sentimientos crónicos de vacío.
B.	Desregulación emocional.	4. Emocionalidad negativa o disforia crónica. 5. Ira desproporcionada o dificultades para controlar la ira.
C.	Descontrol conductual.	6. Impulsividad en al menos dos áreas. 7. Conductas autolesivas y gestos suicidas recurrentes.
D.	Alteración de la identidad.	8. Marcada inestabilidad en autoimagen. 9. Estados disociativos e ideación paranoide.

A. *Hipersensibilidad interpersonal*

Las interacciones sociales en las personas con TLP se caracterizan por una elevada sensibilidad en la percepción de las reacciones emocionales de los otros, junto a una tendencia a realizar una interpretación negativa de estas señales (Bertsch et al., 2022), debido a un estado de desconfianza hacia los demás (Miano et al., 2023). Las relaciones interpersonales de las personas con TLP son inestables y se mueven entre los polos de idealización y devaluación (APA, 2013). Este modelo relacional por extremos denota la escasa integración de la imagen de los demás, dado que no logran generar un concepto completo del otro (Kernberg, 1979), con sus defectos y virtudes, si no que su

idea de los demás como buenos o malos depende de que satisfagan sus necesidades o les frustren.

Ante los conflictos interpersonales, las personas con TLP presentan dificultades para regular sus reacciones, pudiendo entrar en conductas impulsivas, dañinas o de riesgo (Haliczer et al., 2021), que dan lugar a la pérdida recurrente de los vínculos. Es por ello que este patrón relacional se convierte en una dinámica que confirma la desconfianza en los demás y aumenta la ansiedad en los vínculos. Este estilo relacional es el que desarrollan de manera similar en la relación terapéutica, por lo que el manejo de personas con TLP en el contexto clínico requiere de una especial habilidad para generar la confianza y seguridad necesaria para mantener el vínculo y no interrumpir el proceso terapéutico (Allen, 2023).

B. *Desregulación emocional.*

Generalmente, el estado de ánimo basal de las personas con TLP es la disforia (Korner et al., 2008), es decir, la tendencia a sentir malestar, tristeza y desmotivación, al que se superponen cambios bruscos en las emociones, de elevada intensidad y ante estímulos en muchas ocasiones sutiles (Linehan, 1993a). La dificultad para regular las emociones (ej., ira desproporcionada) ocasiona con frecuencia conflictos interpersonales, abandono de proyectos personales y conductas impulsivas (Álvarez-Tomás et al., 2017). Las personas con TLP presentan dificultades para el acceso a estrategias adaptativas de regulación emocional (Salsman & Linehan, 2012), empleando conductas de escape problemáticas que pretenden reducir la intensidad emocional, como pueden ser el abuso de sustancias, las conductas autolesivas o el suicidio (Chapman, 2019).

C. *Descontrol conductual.*

La manera en la que las personas con TLP enfrentan las situaciones cotidianas viene determinada por sus estados emocionales y la capacidad para manejar los mismos. La mayoría de las personas con TLP dispone de recursos intelectuales y cualidades diversas; sin embargo, la desregulación emocional interfiere habitualmente en sus ámbitos académicos y laborales y en la construcción de un proyecto personal estable,

por lo que a menudo fracasan en mantener un empleo o en lograr sus objetivos vitales (Álvarez-Tomás et al., 2017). Su estilo de conducta se caracteriza por la impulsividad y la necesidad de actuar en el momento (Martin et al., 2019). Ante la presencia de estímulos estresantes, la escasa reflexividad y la dificultad para anticipar las consecuencias de sus acciones moviliza en muchas ocasiones conductas disruptivas, de escape y de riesgo (ej., conducción temeraria, promiscuidad sexual, abuso de sustancias, etc.) (Dixon-Gordon et al., 2011; Paris, 2005), que interrumpen el logro de sus metas.

D. *Alteración de la identidad.*

Las personas con TLP a menudo tienen dificultades para configurar una imagen de sí mismos estable y coherente con la cual puedan identificarse (APA, 2013). Los múltiples cambios en su estado de ánimo, en los proyectos personales y en las relaciones interpersonales generan una visión de sí mismos temporal, fragmentada y confusa. La inestabilidad en su autoimagen genera una confusión en la identidad y una desconfianza en sus propios estados internos, siendo en ocasiones personas altamente influenciables o adaptables a los demás, buscando las claves de su conducta en la aprobación del otro (Linehan, 1993a). Además, los frecuentes cambios emocionales generan sentimientos de vacío y complican la integración de los diferentes estados emocionales de la persona (Kernberg, 1979). Según Linehan (1993a): “El propio sentido del yo se forma mediante observación de las reacciones de uno mismo y de los demás ante las propias acciones”. Las alteraciones identitarias en personas con TLP con frecuencia pueden desencadenar síntomas disociativos graves e ideas paranoides transitorias ante la percepción de peligro o amenaza (APA, 2013).

1.1.2. Epidemiología y curso.

Se calcula que la prevalencia del TLP está entre un 0.7% y un 2.7% en población general adulta (Ellison et al., 2018), siendo este porcentaje mayor cuando se analiza su frecuencia en muestras clínicas, llegando a representar un 10-12% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios y un 15-20% de los pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (APA, 2001; Ellison et al., 2018; Selva et al., 2005). La complicación más grave que se da en las personas con TLP es el suicidio. Un estudio longitudinal de 24 años llevado a cabo por Temes y cols. (2019) concluía que el 5-9% de personas con TLP habían cometido el suicidio al final del estudio y que, además, las personas con TLP tenían un riesgo mucho mayor de muerte prematura respecto a otro grupo de comparación de muestra clínica. Se estima que los suicidios en personas con TLP implicarían un 8-10% del total de los suicidios consumados (APA, 2013), 50 veces más que la población general. Además, el 75% de las personas con TLP realiza un intento de suicidio a lo largo de la vida, y el 10% cometen suicidio (Bohus et al., 2021; Gunderson, 2010).

Históricamente, se consideraba que el TLP emergía a partir de los 18 años y que su curso era crónico, con un pronóstico poco favorable y una baja respuesta a los tratamientos disponibles (Winsper, 2021). Sin embargo, los estudios realizados en las últimas décadas acerca del curso del TLP concluyen que su inicio se remonta la mayoría de veces a la adolescencia, y que su pronóstico puede ser favorable con los tratamientos actuales (Winsper, 2021). A pesar de que los rasgos disfuncionales de personalidad sean estables, las personas con TLP pueden aprender a mejorar su manejo emocional y reducir los síntomas (Álvarez-Tomás et al., 2017; Ng et al., 2016). Sin embargo, el funcionamiento psicosocial y ocupacional de las personas con TLP parece tener una evolución poco favorable (Álvarez-Tomás et al., 2017; Zanarini et al., 2010), por lo que se requieren intervenciones rehabilitadoras para mejorar la calidad de vida de estas personas (Temes & Zanarini, 2018). Otros estudios longitudinales apuntan a que el curso del TLP es variable y que en algunos casos es posible incluso una recuperación total de la patología (Temes & Zanarini, 2018).

Con respecto a la influencia del género, el TLP se ha considerado tradicionalmente un trastorno que afecta predominantemente al género femenino con

una proporción de 3:1 (APA, 2013; Qian et al., 2022). Se han encontrado diferencias en los síntomas predominantes según el género, siendo los problemas externalizantes (ej., agresividad) y el abuso de sustancias más habituales en hombres, mientras que en mujeres destacan la inestabilidad emocional y las alteraciones de la conducta alimentaria (Qian et al., 2022; Sher et al., 2019). Debido a estas diferencias, sería comprensible que las mujeres buscaran ayuda psicológica por problemas afectivos, mientras que a los hombres con TLP sería más probable encontrarlos en recursos para el tratamiento de adicciones (Qian et al., 2022) En cuanto a los datos en conducta suicida, no existirían diferencias entre sexos en número de intentos suicidas, pero los hombres cometerían más frecuentemente el suicidio por el empleo de métodos más letales (Sher et al., 2019).

El TLP presenta una elevada comorbilidad con otros problemas de salud mental. Se considera que el 85% de las personas diagnosticadas de TLP presentan además una o varias patologías del Eje I, siendo los diagnósticos más frecuentes los trastornos del estado del ánimo, pero también los trastornos de ansiedad, el trastorno por estrés posttraumático, los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos por consumo de sustancias (Shah & Zanarini, 2018). También es frecuente que el diagnóstico de TLP coexista con otros trastornos de personalidad, siendo los más comórbidos el Trastorno Antisocial de la Personalidad y el Trastorno Narcisista de la Personalidad (Tomko et al., 2014). Las personas con diagnóstico de TLP presentan un elevado consumo de recursos sanitarios y económicos (Bender et al., 2001). Además, las dificultades para la gestión de las crisis y las conductas de riesgo (e. g. ideación suicida), dan lugar a un uso recurrente de visitas a urgencias (Casey et al., 2021; Leontieva & Gregory, 2013).

1.1.3. Modelos explicativos del TLP.

Las teorías explicativas del TLP que cuentan con mayor aceptación actualmente son modelos *multicausales*, cada uno desde su corriente teórica, pero todos ellos tienen en común que plantean un enfoque *diátesis-estrés*, donde tanto los factores biológicos como los ambientales, especialmente las experiencias en la primera infancia, influyen en el desarrollo del TLP (Bateman & Fonagy, 2006; Linehan, 1993a). Estos modelos plantean la existencia de una predisposición genética, que facilita una reactividad mayor ante los estímulos del entorno, y que junto a experiencias infantiles de alto estrés alterarían los circuitos cerebrales encargados de la regulación emocional (Gunderson et al., 2008).

Estudios de gemelos y familiares de personas con TLP plantean la existencia de una influencia genética en el origen de la patología y estiman una heredabilidad del 35% al 45% (Distel et al., 2008). Por otro lado, es muy frecuente que las personas con TLP expliquen haber sufrido experiencias traumáticas infantiles, como negligencia, maltrato físico o abuso sexual. Aunque estas vivencias son un factor de riesgo para el desarrollo de psicopatología en general, los estudios demuestran que son más habituales en personas diagnosticadas de TLP que en otras patologías (Porter et al., 2020). Otro factor ambiental que se ha relacionado con el desarrollo del TLP es la experiencia de apego inseguro o desorganizado (Agrawal et al., 2004; Miljkovitch et al., 2018). La ausencia de un vínculo seguro con los cuidadores del niño daría lugar a alteraciones en la capacidad de regular sus emociones, déficit en la confianza en sus propios estados internos, alteración de la identidad y dificultades en las relaciones interpersonales (Fonagy et al., 2000). Diversos estudios han encontrado que los factores ambientales tempranos como el trauma y el apego inseguro pueden alterar los sistemas neurobiológicos de las personas con TLP (Cattane et al., 2017). Otras investigaciones han demostrado alteraciones en el funcionamiento de los sistemas fronto-límbico y hipotalámico-hipofisario-adrenal, implicados en la respuesta al estrés y el control de las emociones (Drews et al., 2019; Sicorello & Schmahl, 2021) en personas con TLP. De esta manera, el desarrollo del TLP requiere de una *interacción* de factores biológicos y ambientales que se retroalimentan en la configuración de la patología (Zanarini, 2000).

Planteamientos más actuales apuntan a que el TLP se caracteriza por procesos etiológicos que dan lugar a los síntomas, como la desregulación emocional o las dificultades en la cognición social (rumiación, déficits de mentalización, etc.). (Winsper, 2018). Winsper (2018) plantea un modelo comprehensivo y evolutivo, donde sitúa la existencia de los factores biológicos predisponentes previos al nacimiento del niño, que junto con los factores ambientales de riesgo (invalidación, experiencias de trauma, etc.) interactuarían de manera compleja dando lugar a los déficits en procesos individuales como la regulación emocional y la cognición social. Estos déficits son considerados por el modelo como los mecanismos nucleares que dan lugar a los síntomas de la patología. La presencia de estos déficits (ej. desregulación emocional) favorecería la aparición de interacciones invalidantes con los cuidadores del niño, apareciendo en la adolescencia disfunciones en los rasgos de personalidad y en las áreas interpersonal, emocional, cognitiva y conductual. Estos factores interactuarían retroalimentándose y aumentando las dificultades en estas áreas, para finalmente cristalizar en la adolescencia tardía o comienzos de la edad adulta en el funcionamiento típico del TLP, aunque en otras ocasiones podría asociarse con otras patologías como los trastornos del estado de ánimo o el consumo de sustancias (Winsper, 2018).

A continuación, se explican los modelos teóricos más extensamente utilizados para la comprensión del TLP.

1.1.3.1. Teoría de la Mentalización.

Evolucionando desde el modelo psicoanalítico y basándose en la teoría del apego, Bateman y Fonagy (2006) desarrollan un modelo teórico y de intervención para el TLP. El concepto de *mentalización* o *función reflexiva* define la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otros a en base a estados mentales subjetivos e intencionales (Bateman & Fonagy, 2006). La mentalización de los estados propios permite identificar sentimientos, deseos y pensamientos que motivan las conductas de uno mismo así como establecer relaciones entre ellos. Por otro lado, la mentalización con los demás trata de entender los estados mentales de los otros que motivan sus conductas, reflexionando acerca de sus pensamientos e intenciones para interpretar su conducta desde sus mentes. Los autores plantean que la capacidad de mentalización se desarrolla desde la infancia dentro de una relación infantil de apego seguro (Bateman & Fonagy, 2006). La capacidad mentalizadora del niño se desarrolla si su cuidador es capaz de entender y reflejar sus estados mentales adecuadamente. Estos autores plantean que el TLP presenta un déficit fundamental en la capacidad mentalizadora y que las personas con TLP se encuentran en *estados prementalizadores*, consecuencia de una hiperactivación del sistema de apego que les impide desarrollar esta capacidad (Bateman & Fonagy, 2006).

La *Terapia Basada en la Mentalización* (TBM) se trata de una terapia manualizada cuyo objetivo es promover la mentalización de las personas con TLP para reflexionar acerca de los estados mentales internos que se encuentran tras la conducta propia y de los demás (Bateman & Fonagy, 2006). La TBM facilita que el paciente entienda la manera en la que piensa acerca de sí mismo y de los demás, y que analice sus interpretaciones para detectar errores y alternativas a éstos. Los autores plantean que mejorar la capacidad mentalizadora de las personas con TLP repercutiría en una mejor regulación emocional. Al reflexionar acerca de los pensamientos, sentimientos y motivaciones que están tras la propia conducta, las personas con TLP podrían sentir mayor agencia y dominio sobre sus acciones. Además, comprender los estados mentales que hay tras las conductas de los demás, favorecería interpretaciones menos peyorativas, con menor referencia personal y reduciría los conflictos interpersonales (Bateman & Fonagy, 2006).

1.1.3.2. Modelo psicoanalítico de Kernberg.

El modelo de Kernberg se trata de una teoría psicoanalítica que entiende el TLP u “*organización limítrofe*” como una estructura de personalidad a medio camino entre la psicosis y la neurosis (Kernberg, 1979). No obstante, esta definición de Kernberg no corresponde directamente con la definición habitual del TLP, ya que se refiere a una estructura profunda de personalidad, que define en términos de defensas y conflictos y no tanto de síntomas (Kernberg, 1979). Para Kernberg (1979), la alteración fundamental de las personas con TLP se encuentra en la *difusión de identidad* (la falta de una identidad consolidada). Kernberg (1979) plantea como características de esta organización de personalidad la dificultad en integrar una imagen de sí mismo y de los demás, la inestabilidad en las relaciones y las dificultades para regular los afectos. Sitúa el origen de la patología en las experiencias infantiles positivas con las relaciones tempranas de objeto, que dan lugar a una separación entre los afectos y representaciones negativas y que no logran integrarse. La inestabilidad emocional y el resto de síntomas derivarían de esta falta de integración, de una visión de la realidad en extremos.

Las defensas con las que las personas con organización limítrofe se enfrentan a sus conflictos internos serían primitivas, como la escisión, la identificación proyectiva o la negación (Kernberg, 1979). Kernberg plantea que el psicoanálisis tradicional no es eficaz con estas personas dada su baja estructuración, por lo que plantea una intervención psicodinámica intensiva y estructurada, denominada *Psicoterapia Focalizada en la Transferencia* (PFT). El objetivo de la intervención es lograr la integración de las representaciones escindidas en un todo coherente (Levy et al., 2018). En la PFT, el psicoanalista es un agente activo de la terapia, que emplea las reacciones del paciente dentro de la relación terapéutica (transferencia) para el trabajo de los conflictos en las representaciones de sí mismo y de los demás que tiene el paciente. Por ello, es una intervención que se focaliza en el presente, y donde el terapeuta explora, confronta, clarifica e interpreta la transferencia para favorecer la integración (Levy et al., 2008). El paciente lograría, a través de la integración, una mayor capacidad de reflexión, una visión más flexible, realista y benévola, y de esta manera sus relaciones se convertirían en más equilibradas y podría modular mejor sus afectos, de manera que su vida se volvería más enriquecedora y funcional (Levy et al., 2008).

1.1.3.3. Teoría Biosocial.

Marsha Linehan (1993a) plantea un modelo de diátesis-estrés para explicar el TLP que deriva de la tradición conductista. Plantea que el núcleo del TLP es la *desregulación emocional*, definida como la variación extremadamente rápida de las emociones, de manera intensa y repentina, junto con la dificultad para su adecuado manejo. La desregulación emocional daría lugar a que la persona tuviera dificultades para poder crearse una imagen de sí misma coherente, estable y predecible, que integrase toda la gama de emociones. También estaría en la base de la inestabilidad de las relaciones y el sentimiento de vacío, fruto de la ausencia de sentido de yo y de la “resaca emocional”, esto es, el agotamiento posterior a una emocionalidad intensa y cambiante. Las actuaciones impulsivas, consumo de sustancias, autolesiones, ideación suicida, etc., serían estrategias no adaptativas de regulación emocional (Linehan, 1993a).

En su modelo, que denomina “*Teoría Biosocial*”, propone que en el origen de la desregulación emocional influyen tanto los factores de predisposición biológica como las experiencias vividas con los cuidadores en la infancia. Al factor biológico lo denomina “*vulnerabilidad biológica*”, y al de tipo ambiental, “*ambiente invalidante*”. Linehan (1993a) propone que estos dos factores interactúan y se retroalimentan para el desarrollo de la desregulación emocional, por lo que ambos deben estar presentes en mayor o menor medida. Cuanto mayor sea la vulnerabilidad biológica de la persona, menos necesarias serán las experiencias negativas del ambiente para el desarrollo del TLP. Sin embargo, una menor vulnerabilidad biológica será suficiente para el desarrollo de la desregulación emocional, si las experiencias negativas del ambiente son de la suficiente intensidad y frecuencia.

Por tanto, la existencia de la desregulación emocional no solo se deberá a la presencia de ambos factores, si no también, y especialmente, de la *transacción* entre ambos durante el desarrollo (Fruzzetti et al., 2005; Linehan, 1993a). De esta manera, un niño con una tendencia a responder emocionalmente de manera intensa, es más proclive a ser invalidado por el entorno, puesto que sus reacciones emocionales son más difíciles de ser comprendidas o calmadas por los cuidadores, lo cual retroalimentaría su nivel de activación y no le permitiría aprender a regular estas respuestas (Fruzzetti et al., 2005).

A. Vulnerabilidad Biológica.

La vulnerabilidad biológica abarca aquellos factores propios del organismo, relacionados con su Sistema Nervioso, y que se expresan en el temperamento, que hacen que la reactividad emocional sea más elevada. Las personas con esta vulnerabilidad, se ven fácilmente afectadas por los estímulos ambientales, reaccionan de manera más intensa ante ellos, y tienen más dificultad en retornar a su estado emocional basal. Linehan (1993a) plantea que esta vulnerabilidad se manifiesta en tres aspectos:

Tabla 4. Elementos de la vulnerabilidad biológica según Linehan (1993a).

A.	Elevada sensibilidad ante los estímulos emocionales.	Existe un umbral más bajo para detectar estímulos emocionales. Se trataría de un sistema emocional hipersensible, excesivamente reactivo ante la mínima estimulación emocional, actuando en modo hiperalerta de manera constante ante la presencia de los estímulos potencialmente emocionales.
B.	Respuestas emocionales de elevada intensidad.	Las reacciones emocionales son tan rápidas y tan fuertes que la persona se siente desbordada por éstas. Sus emociones pasan rápidamente de cero a cien, de modo que a la persona le cuesta incluso identificar el estímulo detonante, y presenta dificultades para su adecuada gestión.
C.	Lento retorno a la calma emocional o “línea de base” emocional.	Las personas con TLP, tras una reacción emocional, tendrían dificultades para volver a un estado de base emocional, por lo que permanecen durante mucho tiempo adheridos a estados emocionales de alta intensidad. La activación emocional disminuye lentamente, lo que genera un estado de agotamiento emocional al permanecer durante largos periodos de tiempo con un elevado nivel de activación.

B. Ambiente Invalidante.

La parte ambiental o social de la Teoría de Linehan se denomina *ambiente invalidante*. Con ello, Linehan se refiere al ambiente temprano que ejerce efectos nocivos en el desarrollo de la personalidad (García-Palacios & Navarro-Haro, 2016). El ambiente se refiere al contexto más próximo de la persona en las primeras etapas del desarrollo, fundamentalmente la familia.

La invalidación se refiere a la transmisión a otra persona, de manera más o menos explícita, de que su manera de sentir, expresar una emoción o etiquetarla es incorrecta, exagerada o inadecuada. El entorno niega las emociones del niño y responde insatisfactoriamente a éstas, minimizándolas, desvalorizándolas o castigándolas. La persona recibe el mensaje de que su experiencia y su interpretación de ésta no son adecuadas ni fiables, por lo que no logra verse a sí misma como fuente confiable en la interpretación de las situaciones. El ambiente, además, no aporta una alternativa de etiquetado de la emoción que permita dar sentido a lo que el niño siente: se le pide que cambie pero no se le dice cómo (García-Palacios & Navarro-Haro, 2016). La desconfianza de la persona en sí misma como fuente fiable en la interpretación de sus emociones da lugar a una excesiva dependencia de los demás para constatar y comprobar la validez de sus emociones, y para poder interpretar y etiquetar éstas. Esto se denomina *externalización del criterio de fiabilidad* (Delgado, 2015).

El ambiente invalidante rechazaría la expresión emocional del niño, la desatendería o respondería de manera errática ante esta, de manera que en unas ocasiones su comunicación podría ser atendida, en otras ignorada y en otras castigada. También es esperable que, ante un niño con el patrón reactivo típico de la vulnerabilidad emocional, el entorno tenga más dificultades en validar sus respuestas emocionales, por lo que esta reactividad del niño potenciaría que su entorno respondiera de manera invalidante. Por tanto, la expresión emocional de una persona invalidada se movería entre los polos de pasividad-sobreproducción, dado que son las dos maneras de expresión emocional que pueden ser exitosas en su ambiente. La primera de ellas, relacionada con la represión emocional, se trataría de una estrategia protectora ante un ambiente no respondiente: suprimir la respuesta emocional para evitar ser invalidado. La segunda, basada en una expresión emocional intensa y desproporcionada, sería la única comunicación ante la cual el

ambiente respondería, aunque sea de manera ineficaz o intermitente. De esta manera se conformaría una de las polaridades típicas del TLP: la relacionada con la inhibición de los afectos y la emotividad extrema (García-Palacios & Navarro-Haro, 2016). Ejemplos de respuestas invalidantes serían:

Tabla 5. Ejemplos de respuestas invalidantes de los padres hacia los niños.

1.	No atender al llanto del niño.
2.	Castigar la expresión de la ira.
3.	Sobresimplificar la resolución de un problema.
4.	Culpabilizar o hacer pensar al niño que es merecedor del sufrimiento.
5.	Realizar interpretaciones de los intentos de comunicación del niño como intentos de manipulación, llamadas de atención, actitud de pasividad, etc.
6.	Humillar, criticar e infravalorar las expresiones emocionales. Interpretar los problemas del niño como “tonterías”, las reacciones como “exageradas” o sus actuaciones como “cobardes”, serían algunos ejemplos.
7.	El maltrato y abuso sexual serían experiencias de invalidación de carácter especialmente traumático (Linehan, 1993a).

La invalidación del ambiente dificultaría la regulación emocional al no permitir que el niño identifique y etiquete sus emociones como interpretaciones válidas y con un sentido acerca de la experiencia vivida. Esta deslegitimización de las expresiones emocionales del niño sería posteriormente interiorizada por éste, por lo que buscaría en el ambiente pistas o modelos de respuestas emocionales adecuadas (García-Palacios & Navarro-Haro, 2016).

De esta manera, el núcleo del problema de las personas con TLP sería la dificultad para regular las emociones. Emociones que se perciben como desbordantes, impredecibles e incontrolables, donde la tendencia de las personas con TLP es a actuar de forma impulsiva, o a evitar y reprimir las emociones dada su percepción de inadecuación e incapacidad para manejarlas. Síntomas característicos del TLP, como los sentimientos crónicos de vacío, la inestabilidad en las relaciones interpersonales, o las dificultades para crear una autoimagen estable devendrían de esta marcada inestabilidad emocional. Otros síntomas propios del TLP como las autolesiones, la impulsividad o las ideas de suicidio serían intentos ineficaces para regular o escapar de las emociones (Linehan, 1993a).

Posteriormente, Crowell y cols. (2009) han propuesto una extensión de la Teoría Biosocial que pretende adoptar una visión evolutiva del TLP. Partiendo de la base de la interacción entre los factores biológicos y ambientales que influyen en el desarrollo de la patología, estos autores destacan el papel temprano de la impulsividad como factor de vulnerabilidad para la desregulación emocional y el desarrollo del TLP (Crowell et al., 2009). Desde este modelo, plantean que en la infancia aparecen características temperamentales asociadas con el TLP en la edad adulta, y consideran que en la adolescencia se pueden identificar una serie de rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento disfuncionales que serían indicadores de riesgo del posterior establecimiento del TLP (ej. autolesiones no suicidas) (Crowell et al., 2009).

1.2. TLP EN LA ADOLESCENCIA.

El diagnóstico de TLP en la adolescencia ha generado controversia durante mucho tiempo (Chanen et al., 2008). Sin embargo, las investigaciones recientes demuestran que el diagnóstico de TLP es fiable y válido entre adolescentes como lo es en adultos, y que los adolescentes con TLP pueden beneficiarse de intervenciones terapéuticas tempranas (Conway et al., 2015; Miller et al., 2008; Yen et al., 2013). Asimismo, las clasificaciones internacionales como el DSM 5 (APA, 2013) y la CIE 11 (Tyrer et al., 2011) han confirmado la legitimidad del diagnóstico de TLP en adolescentes (Kaess et al., 2014). Dado que el TLP se trata de una patología de personalidad caracterizada por la difusión de identidad, su inicio en la adolescencia tiene sentido, dado que la tarea de esta etapa vital es la construcción de la identidad (Sharp et al., 2018).

Las reticencias para el diagnóstico de TLP en la adolescencia son debidas a que se considera una etapa en la que la personalidad está todavía en construcción, además de que el diagnóstico puede suponer un estigma o resultar desesperanzador para adolescentes y familias (Griffiths, 2011; Papadoullou et al., 2022). De hecho, la adolescencia se considera una etapa de crisis donde la inestabilidad emocional, los cambios de identidad y las dificultades en las relaciones son habituales, lo que hace más complicado discernir lo que es propio de la etapa vital con los rasgos típicos del TLP (Bo et al., 2021). Un ejemplo sería la popularización del empleo de autolesiones no suicidas entre adolescentes, que se consideran un factor de riesgo para el desarrollo del TLP (Ghinea et al., 2019). Sin embargo, un reciente estudio llevado a cabo por Liu y cols. (2023) concluía que los adolescentes con TLP presentaban autolesiones de mayor gravedad y frecuencia que los adolescentes sin TLP. Además, las autolesiones en adolescentes con TLP tienen comienzo a una edad anterior que en adolescentes sin TLP (Groschwitz et al., 2015).

Las investigaciones concluyen que las síntomas de TLP en la adolescencia se pueden distinguir de manera fiable de la adolescencia normal (Videler et al., 2019) y no se pueden considerar como una fase temporal parte del desarrollo normal que se resuelve con la maduración (Bradley et al., 2005). De hecho, los síntomas de TLP en la adolescencia son un buen predictor del establecimiento de la patología y el nivel de

funcionamiento en la edad adulta (Winograd et al., 2008). No obstante, el diagnóstico debe llevarse a cabo de manera prudente, después de un periodo de evaluación considerable (un año, según DSM 5).

En la mayoría de los casos de TLP, los síntomas emergen en la adolescencia (Chanen et al., 2008; Winograd et al., 2008; Zanarini, et al., 2008) y su aparición temprana se asocia con una importante interferencia en el funcionamiento psicosocial de la persona, junto a una elevada morbilidad y mortalidad (Chanen & Kaess, 2012). Su prevalencia en esta etapa vital está entre el 0.9% y el 3% (Chanen et al. 2007; Guilé et al., 2018) y representan el 11% de los adolescentes atendidos en consultas ambulatorias de salud mental y el 78% de las visitas a urgencias de adolescentes (Guilé et al., 2018). A pesar de que aproximadamente la mitad de los adolescentes con TLP informan de que los síntomas comenzaron antes de los 18 años, tan sólo son diagnosticados antes de esa edad un 10% (Delgado, 2015).

El diagnóstico de TLP en la adolescencia ha demostrado ser estable a largo plazo en la mayoría de los casos (Chanen et al., 2004; Greenfield et al., 2015; Miller et al., 2008; Shar et al., 2018) y su pronóstico suele ser desfavorable (Zanarini et al., 2017). En un estudio llevado a cabo por Greenfield y cols. (2015), el 76% de los adolescentes diagnosticados de TLP seguía cumpliendo criterios cuatro años después. En otro estudio, la presencia de síntomas de TLP a los 12 años predecía más dificultades emocionales, problemas de personalidad y un peor funcionamiento psicosocial a los 18 años (Wertz et al., 2020). Al igual que sucede en población adulta, la presentación de la patología en la adolescencia es diferente en función del género: en el género masculino la presentación habitual se basa en síntomas externalizantes, mientras que en el femenino predominan los internalizantes (Bradley et al., 2005; Cavelti et al., 2021).

Los adolescentes con TLP presentan una elevada comorbilidad con patologías del Eje I, principalmente trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y consumo de sustancias (Winsper et al., 2016). La complicación más grave de los adolescentes con TLP es el suicidio (Moselli et al., 2021; Paris, 2019) y gran parte de ellos utilizan métodos autolesivos como estrategia de regulación emocional (Jacobson et al., 2008; Zanarini et al., 2008). Las conductas de descontrol asociadas al TLP interfieren en el proceso normativo de maduración y

autonomía del adolescente, de manera que interfieren en el desarrollo de su proyecto académico, en las relaciones interpersonales y en el clima familiar (Kaess et al., 2014). Además, la presencia de síntomas de TLP en la adolescencia se asocia a un peor funcionamiento académico y laboral a largo plazo (Chanen et al., 2007; Winograd et al., 2008; Wright et al., 2016). Por ello, la adolescencia de una persona con TLP puede ser una etapa crítica donde la intervención puede prevenir la pérdida de oportunidades y el deterioro de los diferentes ámbitos de la vida del adolescente y mejorar el pronóstico de la patología. Además, es en la adolescencia cuando la patología alcanza su pico de gravedad y la presencia de conductas de riesgo es mayor (Bornovalova et al., 2009).

Si bien es cierto que los adolescentes con TLP muestran mayores tasas de autolesiones no suicidas que el TLP en adultos, la presentación de la patología en la adolescencia presenta más similitudes que diferencias a su versión en la edad adulta (Chanen et al., 2022). En cambio, los adultos con TLP usan de manera más habitual el consumo de sustancias como estrategia regulatoria que los adolescentes con TLP (Chanen et al., 2022), por lo que las intervenciones tempranas podrían reducir el riesgo de que estos pacientes adquirieran conductas adictivas de riesgo. Por otro lado, una de las principales diferencias entre adolescentes y adultos con TLP es que los adolescentes conviven habitualmente con los padres, de manera que los tratamientos en la adolescencia pueden adaptarse para intervenir también sobre este importante factor ambiental.

El diagnóstico temprano de la enfermedad permite a pacientes y familiares una mejor comprensión de las dificultades y facilita su manejo. Además, identificar la patología en sus fases iniciales permite el acceso a tratamientos que se han demostrado eficaces para el TLP en la adolescencia (Sharp & Fonagy, 2015). Las intervenciones tempranas en adolescentes con TLP permiten mejorar el funcionamiento y el pronóstico de estos pacientes (Kaess et al., 2014), por lo que la adolescencia se plantea como un periodo clave en el cual intervenir (Chanen et al., 2008; Schuppert et al., 2009; Sharp et al., 2021). Por ello, el diagnóstico temprano y el desarrollo de programas de tratamiento específicos para el TLP en la adolescencia es clave para prevenir y modificar estos rasgos de personalidad en una etapa donde son más flexibles y maleables (Chanen et al., 2007; Lenzenweger & Desantis-Castro, 2005).

1.3 TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL (TDC) PARA TLP.

La *Terapia Dialéctico-Conductual* (TDC) es la intervención que ha demostrado ser más eficaz en el tratamiento del TLP (Chen et al., 2021; Fonseca, 2021; Lynch et al., 2007; Stoffers et al., 2012). Numerosos ensayos aleatorizados han demostrado su validez en el tratamiento de los síntomas de TLP (Levy et al., 2018). La TDC fue desarrollada por Linehan (1993a, b) para el tratamiento de las conductas suicidas en pacientes con TLP. Se trata de un plan de intervención intensivo, estructurado, con diversas fases y componentes, cuya complejidad requiere de un entrenamiento suficiente. La TDC parte de la Teoría Biosocial de Linehan (1993a) y el objetivo primordial es el logro de la *regulación de las emociones*, dado que las dificultades típicas del TLP se entienden como consecuencia de la desregulación emocional.

1.3.1. La TDC como Terapia de Tercera Generación.

La TDC se incluye dentro de las *Terapias de Tercera Generación o Contextuales*, que son aquellas que surgen en la década de 1990 y parten de la evolución de los modelos basados en la teoría del aprendizaje (Terapia de Conducta y Terapia Cognitivo-Conductual, TCC) (Pérez-Álvarez, 2014). Las Terapias de 3ª Generación destacan el papel del entorno (contexto) en la psicopatología, incorporan elementos nuevos como el mindfulness y enfatizan la función más que la forma del problema para buscar su resolución. Como características de las Terapias de Tercera Generación, La TDC incluye:

Tabla 6. Características de la TDC como Terapia de Tercera Generación.

A.	El papel del contexto en la psicopatología.	Los problemas surgen y se suceden en un contexto social y familiar, dentro de una reciprocidad que genera reacciones entre ambas partes (individuo y entorno) que configuran la manera de relacionarse. El contexto influye en las conductas problemáticas, y estas conductas, a su vez, generan una reacción en el medio que las mantienen (Pérez-Álvarez, 2014). Es de especial relevancia en el caso de la TDC el contexto terapéutico. El contexto terapéutico sirve, por un lado, a través de la relación terapéutica, como un espacio
----	--	---

		donde resignificar el problema, darle un nuevo sentido dentro de la historia de vida de la persona. También, es el lugar o contexto donde se aprenden y desarrollan las habilidades necesarias para el cambio, gracias al papel activo de la persona, que deberán ser generalizadas al entorno natural.
B.	La función de los síntomas como objetivo de tratamiento.	La TDC explica que parte de los síntomas del TLP son conductas que tienen como función resolver un problema, pero su ineficacia tiene como consecuencia su propia transformación en problema.
C.	La filosofía y práctica derivada de la meditación y el Mindfulness.	Tanto en los principios en los que se estructura la TDC, como en las técnicas que emplea.

1.3.2. Bases teóricas de la TDC.

Para el desarrollo de la TDC, Linehan se basó en tres modelos teóricos, que se explican a continuación.

A. Terapia Cognitivo-Conductual (TCC).

La presencia de la TCC dentro de la teoría y práctica de la TDC se centra en la necesidad de analizar la conducta disfuncional y desarrollar estrategias de cambio para ésta. La TDC considera que el *cambio* es necesario y que para ello se requiere de técnicas cognitivo-conductuales que permitan modificar las conductas, así como los antecedentes y consecuentes de éstas. Por conducta entiende todo aquello que la persona hace (pensamiento, emoción y acción), y los principios de la teoría del aprendizaje son válidos para todo tipo de conducta (Swales & Heard, 2009).

La TDC se sirve en mayor medida de las técnicas conductuales de la TCC que de las cognitivas para promover el cambio, como son la exposición, el manejo de contingencias, la solución de problemas y el entrenamiento en habilidades, que

pretenden influir en la persona y en su entorno. Se sirve del *análisis funcional* de la conducta para entender de qué manera las consecuencias de las conductas, tanto a corto como a largo plazo, influyen en la probabilidad de que éstas vuelvan a producirse. Esto permite identificar las conductas inadecuadas y sus consecuencias, para poder sustituirlas por otras que sean adaptativas, siempre que tengan el mismo valor funcional.

B. Práctica Zen.

La TDC incorpora en gran medida elementos relacionados con la práctica Zen y el *mindfulness*. Mindfulness se refiere a la habilidad de estar presentes, con plena atención, en el momento presente. La *meditación Zen* consiste en la práctica de una filosofía centrada en lo espiritual. Los conceptos derivados de esta práctica que son fundamentales en el desarrollo de la TDC son la *aceptación radical* de la realidad y la focalización en el momento presente, del *aquí* y el *ahora*.

La aceptación radical implica el que la persona pueda permitirse ver la realidad tal y como es en el momento presente, sin realizar ningún tipo de juicio de valor. La aceptación también implica el reconocer lo inevitable de los cambios, y sugiere la conveniencia de no luchar contra ellos, si no la adaptación permanente a éstos. La atención al momento presente permite aumentar la conciencia sobre el propio self y el ambiente, desde una perspectiva de apertura y curiosidad (Pérez-Álvarez, 2014). La influencia de la práctica Zen en la TDC también puede observarse en gran medida en sus técnicas, como son aquellas que enfatizan la toma de conciencia de uno mismo, el no juzgar, la validación y la aceptación. Asume que el sufrimiento es parte inevitable de la vida; la negación o huída del sufrimiento supone mayor dolor que su aceptación.

C. Filosofía Dialéctica.

Se trata de una perspectiva de la realidad que tiene como supuesto básico la existencia de una *síntesis* o punto en común entre afirmaciones o situaciones *aparentemente contrarias*. La realidad es compleja y las totalidades están formadas por fuerzas opuestas en tensión constante, tesis y antítesis (Swales & Heard, 2009). El desarrollo se produce cuando se logra una síntesis entre estas fuerzas, de modo que el cambio es inevitable y continuo. Esta filosofía establece que es posible establecer posturas

que puedan incluir visiones opuestas de la realidad. De esta manera, la filosofía dialéctica recoge en un todo coherente ambas perspectivas anteriores (TCC y práctica Zen), de manera que aceptación y cambio, a pesar de parecer opuestas, pueden suceder a la vez y encontrar una síntesis entre ambas: para modificar aspectos que consideramos indeseables, primero necesitamos aceptar su existencia.

En el caso del TLP, su visión dicotómica en la manera de percibir a los otros y a ellos mismos se entendería como un fracaso en alcanzar una posición dialéctica que integre las polaridades que se consideran inherentes a la realidad. Las personas con TLP tienen dificultades para integrar visiones opuestas de la realidad, de manera que se mueven entre categorías polarizadas y rígidas (García-Palacios & Navarro-Haro, 2016). La integración es necesaria para el desarrollo de una visión coherente de sí mismo y del mundo. Esta dificultad en la integración va más allá, alcanzando a la propia identidad de la persona, que no alcanza el verse como un ser único, interconectado y perteneciente a diferentes sistemas de la sociedad.

1.3.3. TDC: intervención.

El objetivo principal de la TDC es lograr la adecuada *regulación emocional*. Para ello, la TDC aborda la complejidad y multiplicidad de problemas de los pacientes con TLP y plantea un entrenamiento en habilidades de regulación emocional. Se trata de una intervención intensiva y altamente estructurada, compuesta por cuatro factores: *terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico y grupo de terapeutas* (Linehan, 1993b).

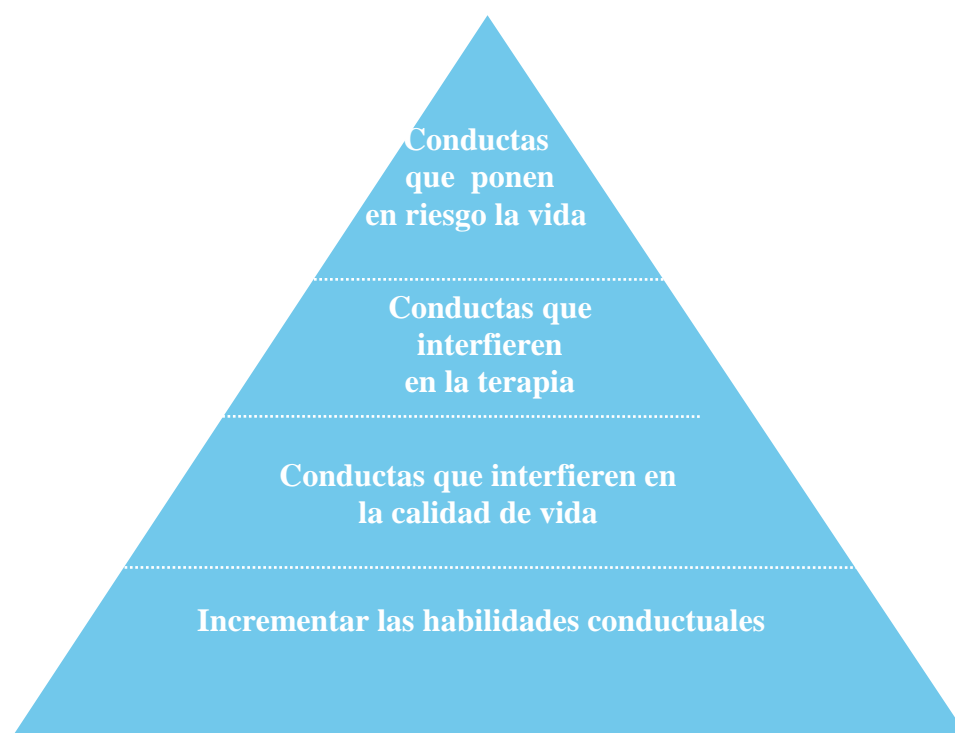
Los diferentes componentes de la TDC se utilizan simultáneamente. Todos ellos se aplican durante todo el tratamiento de la TDC para poder abordar todas las áreas necesarias para lograr la regulación emocional. Es de gran importancia que todos los componentes se encuentren interconectados y exista una coherencia entre todos ellos. Para ello, los terapeutas de las diferentes modalidades de tratamiento deben estar en contacto continuo y manejar el modelo terapéutico de la TDC. El componente del grupo de terapeutas será el que, de todos ellos, trate de cuidar este aspecto de comunicación de modo específico.

A. *Terapia individual.*

La terapia individual es el elemento central del la TDC, aquel que organiza toda la intervención y se centra en *aumentar la motivación* del paciente. La terapia individual es el espacio especialmente destinado a abordar las *situaciones de crisis* del paciente y sus objetivos se organizan en una *jerarquía* que permite organizar y priorizar los aspectos a trabajar (Swales & Heard, 2009). Esta jerarquía permite al terapeuta tener una estructura que organice las sesiones, para que puedan ser trabajados en primer lugar los aspectos de mayor importancia para el tratamiento, sin ser desviados por las urgencias del momento. La terapia individual trata de analizar las crisis y fomentar que el paciente pueda implementar diferentes habilidades para regular sus emociones y resolver las situaciones diarias, que son enseñadas en la modalidad grupal

Los objetivos de la terapia individual, ordenados de manera jerárquica en función de su prioridad, son (Miller et al., 2007):

Figura 1. Jerarquía de objetivos de la terapia individual de la TDC.



Las situaciones donde se presentan las dificultades diarias son analizadas mediante el empleo de una *ficha individual* donde se registran las situaciones de crisis para identificar qué factores, tanto propios de la persona como relacionados con su entorno, favorecen la presencia de las conductas problemáticas (Miller et al., 2007). En las sesiones individuales se exploran las estrategias de afrontamiento y las habilidades que el paciente ha empleado o las que podría emplear en estas situaciones.

En el modelo original de la TDC, se establece que las sesiones individuales se realizan con una frecuencia semanal y una duración de entre 50 y 60 minutos (García-Palacios & Navarro Haro, 2016). El terapeuta individual es el referente de la intervención del paciente, una figura que en ocasiones se denomina “gestor de casos”; es quien lleva el peso principal de la intervención y de él dependerán las principales decisiones terapéuticas del paciente.

B. Terapia grupal de entrenamiento de habilidades.

Se trata de un formato de intervención en grupo dirigido al aprendizaje y práctica de *habilidades* necesarias para la regulación emocional. El aprendizaje de estas habilidades resulta complicado dentro del espacio de la sesión individual debido a la necesidad frecuente de intervenir en situaciones de crisis (Miller et al., 2007). La terapia grupal en la TDC tiene como objetivo el entrenamiento en habilidades de conducta, y sirve de complemento para la terapia individual.

La terapia grupal se basa en *4 módulos* dirigidos a mejorar las habilidades conductuales necesarias para alcanzar la regulación emocional. Estas habilidades requieren de un entrenamiento consistente para poder ser aplicadas de manera eficaz. Cada uno de los módulos de habilidades está dirigido a abordar las diferentes áreas de dificultades de las personas con TLP. La formación en habilidades de la terapia grupal se encuentra al servicio de la terapia individual (Linehan, 1993b): las habilidades aprendidas en el grupo serán necesarias para enfrentarse a las crisis de manera adecuada. El terapeuta individual deberá reforzar la práctica de las habilidades en las situaciones de crisis, por lo que terapia individual y terapia grupal deberán poder complementarse y apoyarse mutuamente.

Tabla 7. Módulos de Habilidades de la Terapia Grupal de la TDC.

	DIFICULTADES	MÓDULOS
A.	Confusión sobre uno mismo.	Habilidades de conciencia.
B.	Impulsividad.	Habilidades de tolerancia al malestar.
C.	Caos emocional.	Habilidades de regulación emocional.
D.	Problemas interpersonales.	Habilidades de eficacia interpersonal

La intervención grupal tiene un carácter psicoeducativo y se lleva a cabo por *dos coterapeutas*, de los cuales uno de ellos puede o no ser el mismo que realiza la terapia individual. Estos terapeutas se centrarán únicamente en enseñar y fomentar la práctica de las diferentes habilidades, sin entrar en temas más personales ni realizar atenciones en situaciones de crisis, aspectos que quedan reservados para la terapia individual. La duración de la intervención grupal propuesta en el modelo original de la TDC es de un año, aunque desarrollos posteriores han reducido la duración hasta a 12 semanas. No existe un orden determinado de los módulos, exceptuando que el primer módulo debe ser el de habilidades de conciencia.

La periodicidad de las sesiones es, al igual que en la terapia individual, de carácter semanal y tiene una duración de entre 120 y 150 minutos. Las sesiones grupales se dividen en dos partes. La primera parte tiene una duración de unos 60 minutos. Se comienza realizando un ejercicio de mindfulness, lo cual permite que los participantes del grupo se centren en la sesión y puedan tomar distancia de preocupaciones o dificultades de su vida cotidiana. Tras ello, se realiza la revisión de la *ficha de habilidades*, donde cada participante debe explicar un ejemplo donde haya aplicado al menos una habilidad de las explicadas hasta ese momento. Tras finalizar la revisión de habilidades, se lleva a cabo un descanso de 10-15 minutos para delimitar las dos partes de la sesión grupal. La segunda parte está dedicada a la explicación de las nuevas habilidades, tratando de emplear ejemplos prácticos o dinámicas experienciales para afianzar la integración de las habilidades.

C. Coaching Telefónico.

Se trata de una modalidad de la TDC destinada al logro de la *generalización* del empleo de las habilidades de conducta (Swales & Heard, 2009). Los pacientes suelen encontrar dificultades en aplicar las habilidades aprendidas a las situaciones reales. Por ello, el paciente puede realizar contactos entre sesiones con el terapeuta principal, con el objetivo de consultar acerca de las habilidades a aplicar en una situación de crisis concreta. El objetivo del *coaching telefónico* es focalizado: que la persona pueda resolver la situación de crisis que está viviendo en ese momento.

El empleo de este recurso debe ser vigilado cuidadosamente por el terapeuta, puesto que es fácil que el paciente caiga en un mal uso de las llamadas. Se debe realizar un encuadre claro acerca de cuándo y para qué emplear el coaching telefónico. Por ello, se debe dejar claramente establecido que el uso del coaching telefónico debe realizarse únicamente en aquellas situaciones de crisis en las que el paciente haya intentado realizar las habilidades conocidas sin éxito, o que no sepa qué habilidad aplicar, y su intención con la llamada sea la de ser asesorado acerca de qué habilidad aplicar en ese momento. Es por tanto, una herramienta de consulta para el paciente, y solamente se emplea para este fin.

Si bien la propuesta original de Linehan (1993b) proponía la disponibilidad de este recurso las 24 horas del día, el terapeuta puede establecer otro tipo de límites adaptados a los recursos terapéuticos disponibles. Las variaciones del coaching telefónico pueden ir desde el empleo del correo electrónico hasta el uso de la mensajería instantánea.

D. Grupo de Terapeutas.

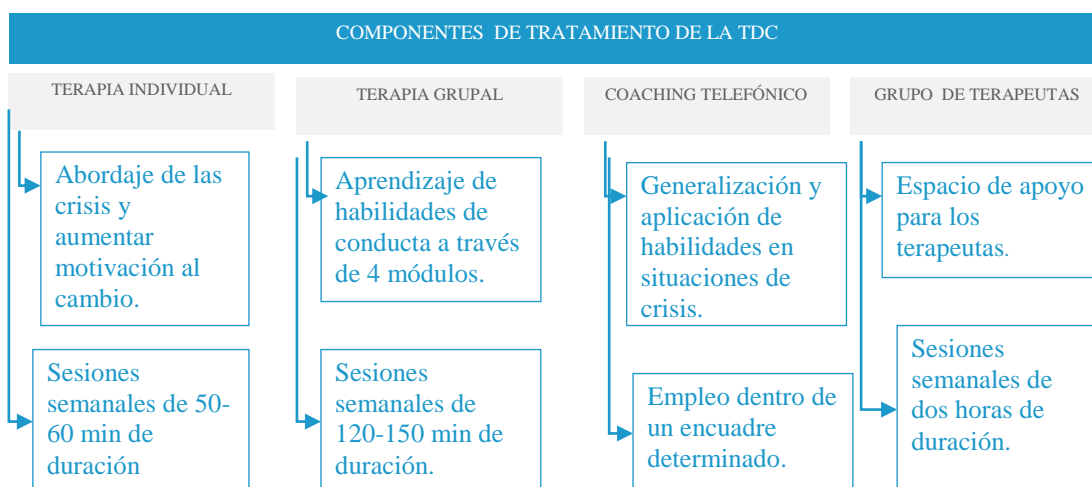
Uno de los elementos más novedosos de la TDC es la inclusión de un grupo de *supervisión para los terapeutas*. La TDC pone especial acento en el cuidado del terapeuta, dado que el trabajo con personas con TLP puede resultar altamente estresante y es fácil que el terapeuta se desgaste. Por otro lado, el grupo de terapeutas es la herramienta que la TDC emplea para asegurar que los terapeutas ofrecen un tratamiento efectivo y dentro de la filosofía de la TDC. Los objetivos de las reuniones del grupo de terapeutas son (Linehan, 1993b):

Tabla 8. Objetivos del grupo de terapeutas de la TDC.

1.	Abordar sus propias dificultades como terapeutas.
2.	Ofrecer un espacio de apoyo al terapeuta.
3.	Reforzar su motivación y capacidades.
4.	Mantener a los terapeutas dentro del marco de la TDC.

Estos objetivos se abordan desde una perspectiva de validación, no juiciosa, buscando reforzar la motivación y las capacidades del terapeuta. Es un espacio grupal para apoyar a los terapeutas en su rol de terapeutas de la TDC (Miller et al., 2007). El grupo de terapeutas también permite ayudar a identificar aquellas conductas del terapeuta que interfieren en la terapia. Las estrategias empleadas para poder ayudar a los terapeutas son similares a las que se emplean en la TDC con los pacientes, por ejemplo la validación y la solución de problemas (Swales & Heard, 2009). El grupo de terapeutas es, por tanto, la herramienta de la TDC que fomenta que el terapeuta esté motivado y emplee sus habilidades de manera óptima en el tratamiento. Estas sesiones se realizan con carácter semanal y con duración de dos horas. En estas sesiones, todos los terapeutas implicados en el tratamiento están invitados a participar, tanto los terapeutas del grupo, como los terapeutas individuales de cada uno de los pacientes que forman parte del programa de tratamiento, así como otros profesionales implicados en el tratamiento de los pacientes y alumnos en formación.

Figura 2. Componentes de tratamiento de la TDC



1.3.4. Adaptación de la TDC en la adolescencia (TDC-A).

El elevado número de adolescentes con rasgos de TLP que son atendidos en las consultas de salud mental infanto-juvenil hace necesario el desarrollo de tratamientos psicológicos basados en la evidencia para este grupo de edad (Miller et al., 2008). La adolescencia se plantea como una edad ideal para la intervención en el TLP, dada la flexibilidad de los rasgos de personalidad en esta etapa vital, por lo que una intervención temprana podría *prevenir* la cronificación de la patología o favorecer un mejor pronóstico y evolución. La TDC ha sido adaptada a pacientes suicidas con rasgos TLP en edad adolescente (TDC-A, Miller et al., 2007), y los estudios muestran resultados similares a los obtenidos en población adulta en la reducción de síntomas (Fleischhaker et al., 2011; Hunnicut-Hollenbaugh & Lenz, 2018; Schuppert et al., 2009).

La aplicación de la TDC a la adolescencia requiere la adaptación a la etapa del desarrollo evolutivo, y los participantes no necesariamente tienen que cumplir los criterios de TLP. De hecho, la TDC se considera como una intervención que puede prevenir el desarrollo de una patología definida de personalidad, al intervenir en las dificultades antes de que se establezcan por completo. Al considerarse como una intervención preventiva, la mayoría de los participantes cumplen entre 2 y 4 *criterios diagnósticos de TLP* (Rathus & Miller, 2015). La adaptación de la TDC para población adolescente (*TDC-A*) (Miller, 1999; Miller et al, 2007; Rathus & Miller, 2002; Rathus & Miller, 2015) incluye como variaciones:

Tabla 9. Cambios que incluye la adaptación de la TDC en adolescentes (TDC-A).

1.	La duración del tratamiento pasa de 12 meses a 16 semanas.
2.	La inclusión de la <i>familia</i> en el grupo de habilidades.
3.	La inclusión de un nuevo módulo de habilidades: <i>Línea Media</i> .
4.	La adaptación del material al lenguaje y a las problemáticas del adolescente.
5.	La inclusión de sesiones dedicadas al trabajo familiar.
6.	La opción de emplear el coaching telefónico tanto para hijos como para padres.
7.	La inclusión de participantes que no cumplen todos los criterios del TLP.

La TDC-A ha sido implementada en diferentes contextos y patologías, incluyendo variaciones en su duración y en otros aspectos como los componentes implementados (terapia individual, grupo de habilidades, coaching telefónico, etc.) o los módulos de la terapia grupal aplicados (DelConte et al., 2016; Freeman et al., 2016; Goldstein et al., 2007; Lang et al., 2018; Marco et al., 2013; Nelson-Gray et al., 2006; Tebbett-Mock et al., 2020). Además, la TDC-A ha demostrado un elevado nivel de aceptabilidad y adherencia terapéutica (Katz et al., 2004; Rathus & Miller, 2002) y los estudios muestran que logra reducir el número y la duración de las hospitalizaciones (Fleischhaker et al., 2011; Flynn et al., 2019; Rathus & Miller, 2002; Sunseri, 2004; Tebbett-Mock et al., 2020).

Los estudios han demostrado que la implementación de la TDC-A en población adolescente es eficaz para reducir los síntomas depresivos, la ideación suicida y las autolesiones no suicidas (Berk et al., 2020; Fleischhaker et al., 2006; Flynn et al., 2019; Groves et al., 2012; Katz et al., 2004; Kothgassner et al., 2021; Rathus & Miller, 2002; Tørmoen et al., 2014). La eficacia de la TDC-A en muestras clínicas de adolescentes con rasgos TLP ha sido demostrada en estudios aleatorizados, demostrando ser superior al tratamiento habitual en la reducción de las autolesiones y gestos suicidas (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014; Santamarina-Pérez, 2020). Los beneficios de la aplicación de la TDC-A en adolescentes en la reducción de la frecuencia de las autolesiones han demostrado ser duraderos a largo plazo (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019).

Buerger y cols. (2019) analizaron los cambios en los criterios diagnósticos de TLP en 72 adolescentes después de una intervención TDC-A durante 25 semanas. Después de la intervención, los criterios diagnósticos de TLP se reducían en número y en gravedad. A diferencia de otros estudios, encontraron que los cambios más destacables fueron en los sentimientos crónicos de vacío y la inestabilidad emocional (Buerger et al., 2019), por lo que la intervención podría generar cambios profundos en el TLP, más allá de un descenso de conductas problemáticas. Esto apunta a la importancia de una detección e intervención precoz TLP en la adolescencia y la eficacia de la TDC para prevenir un establecimiento de la patología.

El papel de la familia.

La principal adaptación de la TDC en la adolescencia es la inclusión de las familias. La TDC-A pretende influir directamente en el entorno del adolescente, ya que puede jugar un papel relevante en la conducta de éste (Miller et al., 2007). La familia puede ser de gran utilidad para ayudar al adolescente con TLP para poder regular sus emociones, y puede ejercer de modelo o de coterapeuta en el entorno natural (Miller et al., 2007). El abordaje de las familias en el tratamiento con adolescentes con TLP debe ser empático y no culpabilizador. Son familias que habitualmente presentan elevados sentimientos de vergüenza y fracaso, además del miedo constante de que sus hijos puedan ponerse en peligro (Miller et al., 2007).

En la TDC-A, las familias son incluidas en la terapia grupal de entrenamiento de habilidades en formato de *grupo multifamiliar*. Los familiares que son seleccionados para participar en los grupos de habilidades suelen ser los padres u otras figuras que ejerzan de cuidadores de los adolescentes, como hermanos mayores, abuelos o tutores y, preferiblemente, que convivan con ellos (Miller et al., 2007), para poder generalizar las habilidades en su contexto natural.

Es importante recalcar que la asistencia de los familiares a los grupos no se limita a simplemente acompañar a sus familiares con TLP, si no que ellos mismos son instruidos en las mismas habilidades de regulación emocional. La participación de las familias en los grupos tiene como objetivo incrementar las habilidades conductuales de los familiares. Esto permite dotar a los padres de estrategias de actuación frente a situaciones con sus hijos, a regular sus propias emociones para que las interacciones sean más eficaces, y a mejorar el estilo comunicativo (Miller et al., 2007). Con la inclusión de las familias en el grupo de habilidades, la TDC-A pretende aumentar la generalización de las habilidades adquiridas en el entorno natural (Woodberry et al., 2002) y mejorar el manejo de los padres de sus propias emociones, así como fomentar la validación y el pensamiento dialéctico. De esta manera, la TDC-A puede influir directamente en el entorno del adolescente, lo que puede jugar un papel clave en el manejo emocional de éste (Klein & Miller, 2011; Miller et al., 2007).

El tamaño recomendable del grupo es de 5-6 familias (Miller et al., 2007). Otras variaciones de la TDC-A se han focalizado en el entrenamiento grupal de habilidades solamente con padres (Ekdahl et al., 2014), demostrado efectos positivos en la reducción del sentimiento de desesperanza y mejorando la percepción de bienestar de los familiares tras la intervención.

Módulo de Línea Media.

En la adaptación de la TDC para adolescentes (Miller et al., 2007), se añade un nuevo módulo desarrollado específicamente para desarrollar habilidades que permitan resolver los *dilemas familiares* que surgen en las familias con un adolescente con TLP. Este nuevo módulo se denomina *Habilidades de Línea Media*. El principal objetivo del módulo es el de encontrar la *síntesis entre las posiciones contrapuestas* entre padres e hijos adolescentes con TLP (Miller, et al, 2007). Los objetivos secundarios del módulo son (Rathus & Miller, 2015):

Tabla 10. Objetivos secundarios del módulo de Línea Media.

1.	Modificar el pensamiento extremista “todo o nada”. Ser capaz de considerar valoraciones intermedias de una situación.
2.	Comprender la perspectiva del otro. Realizar un esfuerzo por comprender a los demás.
3.	Comprender la propia perspectiva y darle sentido.
4.	Aplicar refuerzos a las conductas adecuadas de los demás. Por ejemplo, valorar o mostrar agradecimiento a un ser querido.
5.	Aplicar consecuencias efectivas a conductas inadecuadas, sin reforzarlas ni abusar del castigo.

De esta manera, se orienta el módulo hacia el encuentro entre las diferentes posiciones, aceptando todas ellas como válidas. Esto permite transmitir a las familias la idea de que no se pretende buscar quién tiene la razón, y que todas las opiniones, tanto de padres como de hijos, merecen ser valoradas y tenidas en cuenta. La *dialéctica* se plantea como una perspectiva cuyo objetivo es reducir el conflicto y mejorar las relaciones familiares (Rathus & Miller, 2015).

La principal habilidad que se entrena en este módulo es la *validación*. La validación de los otros miembros de la familia consiste en transmitir que sus sentimientos y puntos de vista son comprendidos y respetados. Se insiste en señalar que validar no es lo mismo que estar de acuerdo, ya que los diferentes miembros de la familia pueden defender sus posiciones y a la vez poder entender las de los demás. Esta actitud permite desescalar los conflictos con los demás (Miller et al., 2007) y favorecer el establecimiento de acuerdos

1.4. VARIABLES ASOCIADAS AL TLP

1.4.1. Funcionamiento familiar.

El rol de los padres en el origen y mantenimiento del TLP ha sido vastamente estudiado. Las experiencias con las figuras de apego durante la infancia tienen un especial impacto en el desarrollo de la personalidad y la psicopatología. Además, los eventos adversos infantiles como maltrato, negligencia o abuso son un destacado *factor de riesgo* para diferentes tipos de patologías psiquiátricas, como el TLP (Kaur & Sanches, 2022). A su vez, las prácticas parentales adecuadas pueden ejercer de *factor protector* para el desarrollo del TLP en los hijos (Fruzzetti et al., 2005). El efecto entre la crianza de los padres y el TLP en hijos es transaccional (McQuade et al., 2022), ya que las características de TLP generan una importante distorsión en las dinámicas familiares y dificultan las prácticas parentales, afectando también a la salud mental de los padres (Guillén et al., 2023). La Teoría Biosocial (Linehan, 1993a) plantea que el ambiente familiar temprano desempeña un papel fundamental en el desarrollo del TLP. Las respuestas inadecuadas de los cuidadores a las expresiones emocionales del niño, favorecerían la desregulación emocional y el resto de síntomas del TLP.

Diversos estudios han encontrado que la percepción de rechazo, escaso afecto y sobreprotección de los padres se relaciona con un mayor riesgo de desarrollar TLP (Johnson et al., 2006; Schuppert et al., 2012; Winsper et al., 2012). Otros autores (Conway et al., 2015; Lyons-Ruth et al., 2013) han destacado el efecto del estrés familiar y la falta de disponibilidad materna como predictores de rasgos de TLP en la adolescencia y la edad adulta temprana. Además, se ha demostrado el papel de experiencias traumáticas infantiles y las dificultades en las relaciones familiares en el desarrollo del TLP (Conway et al., 2015, Guilé et al., 2016; Hernández et al., 2012; Ibrahim et al., 2018; Krause-Utz et al., 2019; Lobbestael et al., 2010; Stepp et al., 2013; Vanwoerden et al., 2017; Winsper et al., 2012). Una investigación con adultos que comparaba personas con depresión con personas con TLP, demostró que las personas con TLP referían haber vivido más experiencias traumáticas infantiles que las personas con depresión (Schaich et al., 2021). Los pacientes con TLP también mostraron mayores niveles de desregulación emocional en comparación con los pacientes con

depresión. Además, el efecto del trauma infantil en los síntomas de TLP estaba mediado por su influencia en la regulación emocional (Schaich et al., 2021).

Por otro lado, los estudios demuestran que la presencia afecto y validación en la familia se relacionan con una mejoría en los síntomas de TLP en la adolescencia (Vanwoerden et al., 2021; Whalen et al., 2014), por lo que las relaciones familiares basadas en el afecto y la comunicación eficaz se han propuesto como un factor protector en el desarrollo del TLP (Fruzzetti et al., 2005; Whalen et al., 2014). Un estudio longitudinal reciente (Franssens et al., 2021) investigó los efectos recíprocos de los síntomas de TLP en preadolescentes de 11-12 años y las actitudes invalidantes en las madres. Los resultados mostraron que el apoyo emocional de las madres se asociaba con menor riesgo de síntomas de TLP en los hijos un año después. De esta manera, un estilo parental cálido y validante ejercería de factor protector para el desarrollo del TLP.

Los síntomas del TLP generan consecuencias en el entorno familiar del adolescente. Los padres de adolescentes con TLP presentan unos niveles muy elevados de estrés y de cansancio (Goodman et al., 2011) y son los principales cuidadores y aliados terapéuticos dado que habitualmente conviven con sus hijos (Chanen et al., 2008; Woodberry et al., 2002). Ser cuidador de una persona con TLP afecta a la salud mental y la calidad de vida de los familiares (Guillén et al., 2023; Meshkinyazd et al., 2020). Las personas con TLP requieren de cuidados y atención que reducen el tiempo que los cuidadores dedican a su vida personal, mostrando interferencia en su actividad ocupacional y limitando el tiempo dedicado al ocio y al contacto social (Meshkinyazd et al., 2020). Las familias de personas con TLP experimentan una elevada *carga emocional*, ya que están expuestas a situaciones de gran estrés como pueden ser gestos suicidas, elevada conflictividad y conductas de riesgo (Hoffman et al., 2003). Son padres que habitualmente presentan elevados sentimientos de vergüenza y fracaso, además del miedo constante de que sus hijos puedan ponerse en peligro (Miller et al., 2007). Estos familiares manifiestan la falta de habilidades para el manejo de las situaciones de crisis, demandando estrategias concretas para el manejo de éstas (Hoffman et al., 2003; Whalen et al., 2014).

Los síntomas de TLP en la adolescencia y las prácticas parentales podrían tener un *efecto interactivo* (McQuade et al., 2022). Las dificultades en la regulación

emocional de los adolescentes con TLP también da lugar a que los padres utilicen estilos educativos más punitivos y menos afectivos (Dixon-Gordon et al., 2016; Stepp et al., 2014), por lo que mejorar el manejo de los padres de los adolescentes con TLP puede ser determinante en la evolución de la patología. De hecho, un estudio llevado a cabo por Winsper y cols. (2016), encontró que los síntomas de TLP en la adolescencia se relacionaban con el nivel de conflicto de los hijos con los padres en esta etapa vital. La naturaleza transaccional de la relación entre los síntomas de TLP en hijos y los estilos parentales plantea la posibilidad de intervenir en uno, ambos o en la relación entre estos factores para prevenir el desarrollo del TLP.

Dado el efecto interactivo entre los síntomas TLP de los adolescentes y el manejo de las familias, es esperable que las intervenciones que incluyen a los familiares puedan dar lugar a cambios en la evolución de la patología de sus hijos. La familia se plantea como un *foco principal de la intervención* por su potencial valor como agente de cambio en el ambiente del adolescente con rasgos TLP (Woodberry et al., 2002), tanto para reducir factores de riesgo (conflictos, rechazo, etc.) como para favorecer factores protectores del desarrollo de TLP (afecto, validación, etc.). Por ello, es necesario desarrollar intervenciones dirigidas a adolescentes con TLP que incluyan a la familia para dotarles de estrategias eficaces que puedan reducir las interacciones que favorecen la deregulación emocional (Chanen & McCutcheon, 2013; Miller et al., 2007; Woodberry et al., 2002).

Existe un creciente interés en incluir a los familiares de pacientes con TLP en las intervenciones. La guía del Instituto Nacional por la Excelencia en el Cuidado y la Salud (guía NICE, 2009) plantea la importancia de inclusión de las familias en las intervenciones con pacientes con TLP. Los objetivos de estos tratamientos suelen ser aumentar el conocimiento de los familiares de la patología mediante psicoeducación, ofrecer apoyo para reducir la sobrecarga emocional y mejorar el afrontamiento de las situaciones que se producen con sus familiares con TLP. Las intervenciones dirigidas a familiares de pacientes con TLP han demostrado reducir la sobrecarga, la culpa y los síntomas depresivos de los familiares (Guillén et al. 2021). Hoffman y cols. (2005) diseñaron el programa de 12 sesiones “Family Connections”, basado en la TDC y dirigido a familiares de personas con TLP. El programa incluía sesiones de psicoeducación acerca de la patología junto con otras dirigidas al entrenamiento grupal

en habilidades de TDC. Esta intervención ha demostrado ser eficaz para mejorar el sentimiento de quemado y desánimo de los familiares, así como para mejorar el manejo de las situaciones relacionadas con los síntomas de sus familiares con TLP (Hoffman et al., 2005). Este programa ha sido adaptado a población española (Fernández-Felipe et al., 2020), incluyendo su aplicación en modalidad on line (Guillén et al., 2022). Ambas aplicaciones (en persona y on line) en población española han demostrado ser eficaces para reducir el sentimiento de quemado, el estrés y los niveles de depresión de los familiares, así como para mejorar el sentimiento de capacidad de los familiares y su calidad de vida (Fernández-Felipe et al., 2020; Guillén et al., 2022).

1.4.2. Desregulación emocional.

La *regulación de las emociones* es considerada como una serie de procesos mentales, que pueden ser automáticos o controlados, que influyen en la experiencia y expresión de nuestras emociones (Gross, 1998). Estos procesos se dan desde que la emoción es generada hasta que tiene lugar la respuesta (Gross, 1998), aunque habitualmente se refiere a poder ejercer un control sobre las respuestas conductuales elicítadas por las emociones. La adecuada regulación de las emociones es considerada de especial relevancia para la salud mental de las personas y necesaria para orientar la conducta hacia nuestros objetivos. La desregulación emocional se trata de la dificultad para manejar las emociones de manera habilidosa, dando lugar a conductas disfuncionales que dificultan el logro de los objetivos personales.

Gratz y Roemer (2004) postulan una medida de la regulación emocional en la que plantean que se trata de un concepto multidimensional que incluye 4 procesos: tomar conciencia de las emociones, aceptar las emociones, controlar los impulsos cuando se experimentan emociones negativas y ser flexibles en el empleo de las estrategias de regulación emocional en función de la situación y los objetivos. La desregulación emocional puede producirse en cualquiera de estos pasos. Estos autores plantean la desregulación emocional como la dificultad para seleccionar e implementar estrategias adecuadas para el manejo de las emociones. De esta manera, consideran que la adecuada regulación emocional implica el uso de habilidades para modular las respuestas emocionales de manera flexible y adaptada a la situación para reducir la impulsividad y actuar de manera acorde a los objetivos de la persona (Gratz & Roemer, 2004).

La inestabilidad emocional y las dificultades en la regulación de las emociones son consideradas por diversos autores como los aspectos nucleares del TLP (Carpenter & Trull, 2013; Glenn & Klonsky, 2009; Salsman & Linehan, 2012). La *desregulación emocional* puede ser considerada como la dificultad para modular las respuestas elicítadas por una emoción una vez que esta es generada, lo que da lugar a actuaciones impulsivas y a la dificultad para acceder a estrategias adecuadas para manejar las emociones (Glenn & Klonsky, 2009). Esto genera una dificultad para llevar a cabo conductas orientadas a los objetivos en presencia de un elevado malestar emocional

(Linehan et al., 2007). Las actuaciones impulsivas generan consecuencias negativas que empeoran la situación, dando lugar a una espiral de sufrimiento y descontrol que en ocasiones acaba en situaciones de alto riesgo para la persona con TLP.

Linehan (1993a) plantea que TLP se caracteriza por un déficit en el uso de estrategias adecuadas de regulación emocional y por dificultades para inhibir las conductas dependientes del estado de ánimo (Linehan, 1993a). Las personas con TLP presentarían un “*caos emocional*”, donde las emociones serían rápidamente cambiantes y de elevada intensidad, por lo que tolerarlas y manejarlas adecuadamente supone en ocasiones todo un reto. Linehan (1993a) considera que el resto de los síntomas propios del TLP son derivados de la desregulación emocional, bien como consecuencia de ésta, o como intentos desesperados de manejar las emociones. De esta manera, los cambios emocionales bruscos darían lugar a una dificultad para que la persona se genere una idea consistente de sí misma, dificultando la creación de una identidad clara. La dificultad para acceder a estrategias eficaces de regulación emocional estaría en la base de las actuaciones impulsivas y de la exposición frecuente a situaciones de riesgo. También afectaría a sus relaciones interpersonales, que se tornarían inestables y conflictivas, así como a su funcionalidad, creando dificultades para obtener una estabilidad académica o laboral. Los comportamientos autolesivos, el consumo de sustancias y los gestos suicidas serían intentos fallidos de regular las emociones (Chapman et al., 2006; Linehan, 1993a; Nock & Prinstein, 2004).

Las dificultades en la regulación emocional tienen un papel fundamental en el déficit de control de impulsos de las personas con TLP (Krause-Utz et al., 2019). Cuando se encuentran en un estado de intenso estrés o malestar emocional, las personas con TLP tienen dificultades para emplear habilidades adecuadas de manejo emocional. Los esfuerzos por regular adecuadamente las emociones pueden ser poco fructíferos, por lo que tienden a emplear estrategias de alivio rápido del malestar (Chapman, 2019). Las dificultades para tolerar el malestar también dan lugar al empleo de estrategias inadecuadas de evitación, como las conductas autolesivas, consecuencia de la falta de habilidades adecuadas para regular las emociones (Chapman et al, 2006). Gratz y cols., (2006) realizaron un estudio donde comparaban a pacientes con TLP frente a pacientes sin TLP en la capacidad de regulación emocional. Los resultados mostraron que las personas con TLP presentaban de manera característica una falta de disposición a tolerar

el malestar emocional, aunque fuera necesario para lograr sus objetivos. Otros estudios demuestran que los pacientes con TLP se caracterizan por el mayor uso de estrategias disfuncionales de regulación emocional, como la supresión, la rumiación y la evitación, y un peor uso de estrategias eficaces como la aceptación, la reevaluación y la solución de problemas (Daros & Williams, 2019; Southward & Cheavens, 2020). Si bien las estrategias disfuncionales pueden reducir a corto plazo los estados emocionales negativos, suelen generar consecuencias negativas y no son eficaces a largo plazo (Carpenter & Trull, 2013).

La *adolescencia* es considerada como una etapa de crisis donde los retos son múltiples y las estrategias de regulación emocional suelen ser precarias (Cracco et al., 2017). Se trata de una etapa vital donde la impulsividad, la inestabilidad y la exposición a riesgos es mayor, junto con una inmadurez en la capacidad de autocontrol y en las estrategias de afrontamiento, lo que lo convierte en un periodo crítico para la emergencia de comportamientos problemáticos asociados con el TLP (Chapman, 2019). Dado que cierto grado de desregulación emocional es habitual en la adolescencia, Ibraheim y cols. (2017) desarrollaron un estudio para identificar la especificidad de la desregulación emocional en adolescentes hospitalizados con TLP en comparación con pacientes hospitalizados sin TLP y una muestra de controles. Los resultados demostraron que los adolescentes con TLP presentaron menos regulación emocional, siendo particularmente peores los resultados en el acceso a las estrategias de regulación emocional y en el control de impulsos (Ibraheim et al., 2017). Esto indica que los adolescentes con TLP actúan de manera impulsiva ante el malestar y que las estrategias para su manejo suelen ser escasas, poco variadas y rígidas. Todo ello sitúa a la adolescencia como un momento clave para la intervención, que prevenga el establecimiento de estrategias inadecuadas de manejo emocional y dote de otras que permitan la adecuada regulación emocional (Chapman, 2019).

Diversos estudios realizados con adolescentes con TLP destacan el papel de la desregulación emocional en los gestos suicidas (Glenn et al., 2013) y las autolesiones (Chapman et al., 2006; Nock & Prinstein, 2004). Un estudio realizado con 85 adolescentes con TLP (Mirkovic et al., 2021) demostró que aquellos adolescentes con mayor desregulación emocional tenían mayor riesgo de realizar un intento de suicidio.

De esta manera, se plantea que las intervenciones focalizadas en el entrenamiento de habilidades de regulación emocional podría tener efectos importantes en la prevención del suicidio en adolescentes con TLP (Salsman & Linehan, 2012). Disponer de un amplio abanico de estrategias eficaces para regular el malestar y mejorar el autocontrol parecen ser objetivos relevantes en la intervención con adolescentes con TLP (Miller et al., 2007).

1.4.3. Mindfulness.

Mindfulness ha sido definido como “prestar atención de manera no juiciosa a la experiencia presente” (Kabat-Zinn, 1990). Se trata de un estado donde los pensamientos, sensaciones y emociones son traídos intencionalmente a la conciencia y aceptados de manera *no juiciosa* ni elaborativa (Kabat-Zinn, 1990). Este estado permite observar las experiencias internas desde la distancia, sin identificarse con ellas, y facilita una actuación menos reactiva y más orientada hacia los objetivos de la persona. Permite atender a las experiencias internas como eventos mentales sin identificarlos con aspectos inherentes de uno mismo o con la realidad (Bishop et al., 2004). El modelo desarrollado por Bishop y cols. (2004) plantea que mindfulness está compuesto por dos factores: la autoregulación de la atención hacia el *momento presente* y una actitud de curiosidad, apertura y *aceptación* hacia la experiencia. De esta manera, mindfulness se caracteriza tanto por la focalización intencional de la atención al aquí y ahora, como por la aceptación no juiciosa de los pensamientos y emociones, que observa lo que sucede, sin tratar de modificarlo. Esta postura de tolerancia hacia las experiencias internas contrasta con la actitud de evitación o lucha, que habitualmente conlleva el uso de estrategias ineficaces de regulación emocional, como la represión emocional y la rumiación.

La mayoría de programas de intervención basados en mindfulness se centran en la práctica de habilidades de atención no juiciosa al momento presente, y han demostrado tener efectos positivos en la reducción del estrés y en el aumento del bienestar emocional (Anderson et al., 2007; Campos et al. 2016; Ditto et al., 2006; Goldin & Gross, 2010; Hoffman et al., 2010; Hoge et al., 2013; Shapiro et al., 2008). Los beneficios de la práctica de mindfulness se relacionan en gran medida con su efecto sobre la regulación emocional (Chambers et al., 2009; Coffey & Hartman, 2008; Holzel et al., 2011; Pepping et al., 2016; Shapiro et al., 2006). Mecanismos como la conciencia de la experiencia interna y la aceptación de las emociones y pensamientos se han propuesto como responsables de estos efectos positivos sobre la regulación emocional (Brown & Ryan, 2003; Hayes & Fieldman, 2004). Además, un elevado nivel de mindfulness ha demostrado ser un factor protector para la salud mental de los adolescentes (Marks et al., 2010; Pepping et al., 2016).

Las personas con niveles elevados de mindfulness pueden manejar mejor sus emociones negativas gracias a una mayor conciencia, distancia y aceptación de las mismas (Arch & Craske, 2006; Coffey & Hartman, 2008). Esto daría lugar a una menor impulsividad frente a las emociones negativas que facilitaría el empleo de estrategias eficaces para su manejo (Jimenez et al., 2010; Vujanovic et al., 2010).

Diversos estudios han demostrado que las personas con TLP tienen niveles de mindfulness inferiores a muestras de controles o pacientes con otras psicopatologías (Didonna et al., 2019; Nicastro et al., 2010; Salgó et al., 2021; Wupperman et al., 2009) y que tienden a evitar la conciencia de sus estados emocionales negativos (Rosenthal et al., 2005), teniendo como consecuencia el empleo de estrategias de escape del malestar, como las autolesiones o el consumo de sustancias (Chapman et al., 2005; Cheavens et al., 2005). Varias de las estrategias disfuncionales empleadas habitualmente por las personas con TLP para manejar sus emociones son opuestas a las habilidades de mindfulness. Por ejemplo, la evitación, definida como el intento de no experimentar emociones, pensamientos y sensaciones desagradables, se opondría a la actitud de observación y aceptación que plantea el mindfulness. Otro ejemplo es la rumiación, un proceso mental de análisis pasivo y repetitivo de las situaciones, focalizándose en las causas y consecuencias de una situación estresante, que no lleva a la solución activa del problema (Nolen-Hoeksema et al., 1997). En cambio, el mindfulness defiende una posición no fusionada con las experiencias mentales, siendo observadores no reactivos de estas, sin tratar de influir en ellas, y permitir todos los eventos internos sin aferrarse a ellos. La impulsividad y la desregulación emocional típicas del TLP se han relacionado con la supresión emocional y el déficit en habilidades de mindfulness (Fossati et al., 2012; Wupperman et al., 2008). También la rumiación se ha relacionado con un mayor nivel de reactividad emocional en personas con síntomas de TLP y con la dificultad para recuperarse de un evento estresante (Yaroslavsky, 2019).

Las intervenciones basadas en mindfulness han demostrado ser efectivas para mejorar la impulsividad típica del TLP (Carmona i Farrés et al., 2019; Elices et al., 2016; Soler et al., 2014) y el sentimiento de bienestar en mujeres adultas con TLP (O'Toole et al, 2012). En un estudio llevado a cabo por Wupperman y cols. (2009), los déficits en habilidades de mindfulness predecían los síntomas de TLP después de controlar otras variables relevantes como la regulación emocional. Otro estudio reciente

(Roberts et al., 2023) investigaba el papel del rasgo de mindfulness en la capacidad de regulación emocional en adultos con TLP. Los resultados demostraron que la relación entre regulación emocional y síntomas de TLP estaba mediada por los niveles de mindfulness (Roberts et al., 2023). Estos resultados ponen de relieve la importancia de las intervenciones que incluyen el entrenamiento en mindfulness en el pronóstico favorable de las personas con TLP. Aumentar la conciencia de los estados emocionales reduce la impulsividad y permite el empleo de estrategias eficaces para el manejo del malestar (Cheavens et al., 2005).

La TDC incluye un módulo específico para el entrenamiento de habilidades de mindfulness (habilidades de conciencia) (Linehan, 1993b), con el objetivo de aumentar la conciencia y la aceptación de las experiencias internas y externas. Se entrenan habilidades como la observación, la presencia en el “aquí y el ahora” y modificar los juicios de valor por descripciones objetivas que reduzcan la carga emocional de las situaciones. En un estudio llevado a cabo por Schmidt y cols. (2021), comprobaron la eficacia de la implementación módulo de entrenamiento en habilidades de conciencia de la TDC en la reducción de los síntomas TLP. Los autores realizaron un análisis de mediación donde concluyeron que la mejoría en los síntomas de TLP tras la intervención era consecuencia de un proceso metacognitivo opuesto a la rumiación, llamado “descentramiento”. Este proceso se refiere a “la capacidad para observar los pensamientos y emociones sin adherirse a ellos” (Fresco et al., 2007; Shapiro et al., 2006). El descentramiento también reducía la desregulación emocional, que consecuentemente mejoraba los síntomas de TLP. Aceptar las experiencias internas y distanciarse de ellas de manera consciente sin necesidad de actuarlas podría ser un aspecto relevante en el tratamiento del TLP (Schmidt et al., 2021).

Las prácticas basadas en mindfulness se centran en la atención al presente y a la observación de los estados internos (pensamientos, sensaciones, emociones), por lo que son opuestas a las tendencias evitadoras habituales propias de las estrategias disfuncionales empleadas por las personas con TLP (consumo de sustancias, autolesiones, conductas de riesgo sexual, etc.). Observar las experiencias sin juzgarlas reduciría la impulsividad, facilitando la exposición a los eventos internos y la elección reflexionada de una respuesta más acorde con los objetivos de la persona.

1.4.4. Autocompasión.

La *autocompasión* es un concepto que se define como “acercarse al propio sufrimiento desde una postura de amabilidad y empatía” (Neff, 2003). Es una actitud comprensiva y de autocuidado hacia uno mismo opuesta a la autocrítica y el castigo (Neff et al., 2007). Se define por *tres componentes* (Neff, 2003):

Tabla 11. Componentes de la autocompasión (Neff, 2003).

A.	Auto-amabilidad.	Ser amable y comprensivo con uno mismo cuando se experimenta sufrimiento, en lugar de tratarse con dureza y autocrítica.
B.	Humanidad común.	Contemplar las experiencias y el sufrimiento como parte de la experiencia humana compartida, en lugar de vivirlo como algo que únicamente le sucede a esa persona de manera aislada.
C.	Mindfulness.	Observar los sentimientos y pensamientos dolorosos de manera consciente y sin identificarse con ellos.

La autocompasión se ha planteado como un mecanismo de afrontamiento que favorece la resiliencia, ya que los fracasos y el sufrimiento se plantean como parte de la experiencia humana (Hölzel et al., 2011; Neff, 2003). En momentos de elevado sufrimiento, la actitud autocompasiva animaría a cuidarse y tratarse con afecto y amabilidad (Neff, 2003). La autocompasión favorece la puesta en práctica de conductas eficaces para manejar el malestar (Neff, 2003) y se relaciona con un mayor bienestar y satisfacción (Neff et al., 2007). Diversos estudios han demostrado que la autocompasión en adolescentes se relaciona con menores niveles de estrés y psicopatología (Bluth & Blanton, 2014; Marsh et al., 2018), por lo que se plantea como una estrategia protectora frente al malestar en la adolescencia (Bluth & Eisenlohr-Moul, 2017; Muris et al., 2019; Neff & McGehee, 2010).

Los niveles de autocompasión en personas con TLP son menores que en la población general (Salgó et al., 2021). Las personas con TLP tienden a rechazarse y juzgarse peyorativamente a sí mismas (Krawitz, 2012; Warren, 2015), especialmente en momentos de elevado malestar emocional. Esto puede ser debido en gran medida a las

experiencias recurrentes de invalidación y trauma infantil, de manera que hayan interiorizado una serie de juicios y críticas a sus respuestas emocionales que dificulten una actitud de autocuidado y comprensión de sus necesidades. Las estrategias habitualmente empleadas por las personas con TLP frente al sufrimiento se relacionan con la evitación y el castigo, y su nivel de autocompasión suele ser bajo (Keng & Wong, 2017). En un estudio llevado a cabo por Donald y cols. (2019), evaluaban la relación entre la mejoría de pacientes con TLP que recibían un tratamiento de TDC y sus niveles de autocompasión. Los resultados de este estudio mostraban que los niveles de recuperación de los pacientes con TLP correlacionaban con el aumento en su capacidad de autocompasión, mientras que un mayor nivel de autocritica se relacionaba con menores niveles de recuperación (Donald et al., 2019). Otro estudio llevado a cabo por Feliu-Soler y cols. (2016) demostró beneficios de las intervenciones basadas en autocompasión en la reducción de los síntomas de TLP.

La autocompasión se plantea como un mecanismo que favorece la regulación emocional y reduce los síntomas de TLP (Hölzel et al., 2011; Schneiber et al., 2017). Krawitz (2012) plantea el trabajo en autocompasión como uno de los objetivos de la intervención con pacientes con TLP. De esta manera, las intervenciones que practique la autocompasión podrían resultar de gran utilidad en el tratamiento de adolescentes con TLP.

2. Justificación de la tesis.

Justificación.

Desde que el diagnóstico de TLP en la adolescencia es cada vez más aceptado entre clínicos e investigadores, el interés en comprender los factores implicados en el TLP en esta etapa vital y su modificabilidad ha sido creciente. El TLP en la adolescencia se propone como una patología en fase inicial, donde una intervención temprana podría evitar su cronificación y establecimiento, o bien mejorar su pronóstico y reducir la gravedad de los síntomas. Las intervenciones existentes para adolescentes con TLP se centran en reducir los síntomas de la patología, especialmente los de alto riesgo, como la ideación suicida, las autolesiones o la impulsividad, pero no abordan los procesos mediacionales que están en la base de estos síntomas (Weiner et al., 2018).

Según la Teoría Biosocial (Linehan, 1993a), la desregulación emocional se considera el núcleo del TLP. A su vez, esta desregulación sería consecuencia de factores constitucionales de la persona, que ejercerían de precursores ante la presencia de otros factores de tipo ambiental. El factor ambiental que se considera relacionado con el origen de la desregulación emocional se ha denominado invalidación. Esta invalidación se daría en el núcleo familiar durante la infancia del niño, por lo que el ambiente familiar y los estilos educativos parentales se plantean como objetivo de tratamiento para mejorar la regulación emocional. La regulación emocional también se ha relacionado con la capacidad de mindfulness, es decir, de observar, de manera distante y no juiciosa, las experiencias internas y externas, para poder relacionarse con estas de manera eficaz. Una mayor habilidad en la conciencia emocional, la aceptación de las experiencias y la ausencia de juicios de valor sobre las mismas favorecerían una mejor regulación de las emociones. Finalmente, la autocompasión se refiere a la capacidad de tratarse de manera amable y comprensiva frente al malestar, y generaría consecuencias positivas en la regulación emocional, al ser opuesta a la autocrítica. Promueve una actitud de autocuidado y reduce el juicio que la persona realiza en un momento de malestar, evitando una escalada en la intensidad o cantidad de emociones negativas experimentadas.

La TDC-A ha demostrado su efectividad en la reducción de síntomas de TLP en la adolescencia (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016;

Santamarina-Perez et al., 2020). No obstante, los investigadores coinciden en que es necesario conocer los mecanismos y procesos que intervienen en la eficacia de la TDC-A (Kothgassner et al., 2021; Robins & Chapman, 2004). Los principales mecanismos de cambio que han demostrado su implicación en la eficacia de la TDC han sido la mejora en la regulación emocional y en el autocontrol de las reacciones conductuales (Mehlum, 2021; Rudge et al., 2020). Estas mejoras serían consecuencia de la práctica de las habilidades de la TDC (Rudge et al., 2020). En la TDC, uno de los módulos de habilidades se destina directamente al entrenamiento de habilidades de regulación emocional. Sin embargo, otros módulos como tolerancia al malestar o habilidades de conciencia, trabajan en aspectos que facilitan la regulación emocional de manera indirecta, como son la aceptación, el autocuidado en momentos de crisis o las habilidades de mindfulness. Por otro lado, la inclusión de la familia en el tratamiento ofrece una oportunidad única para poder intervenir en el ambiente invalidante. De esta manera, modificando los estilos parentales hacia otros más validantes y afectuosos, se podría influir de manera indirecta en la regulación emocional. Por ello, todas estas variables, regulación emocional, mindfulness, autocompasión y estilos educativos parentales, se plantean como los posibles factores relevantes implicados en la eficacia de la TDC en adolescentes.

El presente trabajo tiene como objetivo aumentar el conocimiento de los factores que influyen en el desarrollo del TLP en la adolescencia, así como determinar si la intervención que ha demostrado ser eficaz en la reducción de síntomas en adolescentes con TLP, la TDC-A, ejerce efectos en estas variables. Comprender mejor estos procesos repercute en el planteamiento de los tratamientos del TLP en adolescentes, ya que se pueden dirigir de manera mucho más refinada a los elementos implicados en la patología en esta etapa vital. Los estudios de eficacia de la TDC-A se basan en medir la reducción de los síntomas después de la intervención. Sin embargo, cuáles son los procesos mediacionales que influyen en estos cambios es algo que todavía se desconoce. El interés está por tanto, en una vez identificados estos factores, evaluar si las intervenciones eficaces ejercen un efecto en ellos. Por eso, analizamos la influencia del tratamiento actualmente más validado para el TLP en adolescentes, la TDC-A, en las variables de estilos parentales, desregulación emocional, autocompasión y mindfulness.

Dada la importancia que tiene el componente grupal familiar en la TDC-A, y teniendo en cuenta los recursos disponibles en el sistema sanitario español, se ponen a prueba dos intervenciones grupales de TDC-A, una de ellas incluye a padres e hijos, y la otra solamente a los padres. Implementar intervenciones que sean accesibles, faciliten la adherencia y tengan un efecto significativo en el comienzo de la patología puede tener un papel preventivo y mejorar el pronóstico de la enfermedad. Las intervenciones breves y grupales permiten acceder a mayor población de riesgo y son eficaces especialmente en casos leves, evitando de esta manera su cronificación y avance (Beatson, 2019). Además, supondría un menor gasto económico y un ahorro a largo plazo, al mejorar el pronóstico de la patología y reducir el empleo futuro de recursos sanitarios, por lo que sería una opción rentable y de interés para implementar en el entorno comunitario. Puesto que los adolescentes con TLP suelen mostrar comportamientos que interfieren con la terapia (Weiner et al., 2018), es importante desarrollar alternativas que permitan intervenir sobre sus dificultades aún cuando muestren escasa colaboración o su estado emocional no les permita participar en la intervención. Por ello, en una de las intervenciones se evalúa la capacidad de realizar cambios indirectos en los hijos sin haber participado en la intervención a través de la participación de sus padres.

Las preguntas que guían nuestro trabajo son: ¿qué variables del adolescente y de los padres influyen en el desarrollo del TLP en la adolescencia? ¿Pueden ser estos factores modificados con la intervención grupal de la TDC-A? Estas son las cuestiones que trata de responder esta serie de estudios acerca de las variables asociadas al TLP en la adolescencia. Mejorar nuestro conocimiento acerca de estas variables permite dotar a los clínicos encargados de la intervención de un conocimiento clave para mejorar la práctica profesional. Avanzar en la comprensión de los factores mediadores de los cambios en psicoterapia permite sofisticar las intervenciones, focalizándolas cada vez más en aquello que ha demostrado ser eficaz.

3. *Objetivos*

Objetivos.

El objetivo general de la investigación es aumentar el conocimiento sobre las características del TLP en la adolescencia y la modificabilidad de éstas a través del entrenamiento grupal de habilidades de la TDC-A. Pretende analizar la influencia de una serie de procesos relevantes como la regulación emocional, el mindfulness, la autocompasión y los estilos educativos parentales en el desarrollo del TLP en la adolescencia y evaluar si las intervenciones grupales de TDC-A pueden modificar estos mecanismos. Este conocimiento es clave para así fomentar intervenciones tempranas que permitan influir en las variables relacionadas con el TLP en la adolescencia y mejorar el pronóstico de la enfermedad. Para ello se han llevado a cabo 4 estudios. Los objetivos específicos de cada estudio son:

Estudio 1

El primer estudio tiene como objetivo conocer la relación entre el funcionamiento familiar y las ideas suicidas en una muestra de adolescentes con rasgos de TLP. Pretende de esta manera identificar variables familiares en adolescentes con rasgos de TLP que se asocien al riesgo suicida en esta población.

Estudio 2

El segundo estudio pretende conocer si existen diferencias en una serie de procesos relevantes entre adolescentes con rasgos TLP y sus familias y adolescentes sanos y sus familias. Estas variables son: desregulación emocional, mindfulness, autocompasión y estilos parentales. El estudio también se dirige a analizar en qué medida diferentes niveles de estas variables predicen la pertenencia a cada uno de los grupos.

Estudio 3

Este estudio evalúa la eficacia de una intervención grupal de entrenamiento de habilidades TDC-A para padres de adolescentes con rasgos de TLP. Este estudio piloto pretende determinar de manera preliminar si la intervención grupal con padres puede

modificar las variables de estilos parentales, desregulación emocional, sobreproducción emocional, mindfulness y autocompasión en los padres y, de manera indirecta, en los hijos. Evalúa también la aceptabilidad de la intervención por parte de las familias.

Estudio 4

El último estudio analiza los resultados preliminares de una intervención grupal multifamiliar de entrenamiento de habilidades TDC-A en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres en los estilos parentales y regulación emocional. De igual manera, evalúa la aceptabilidad de la intervención por parte de adolescentes con rasgos de TLP y sus padres.

4. Estudio 1:

FUNCIONAMIENTO FAMILIAR EN
ADOLESCENTES EN RIESGO DE SUICIDIO CON
RASGOS DE TRASTORNO LÍMITE DE
PERSONALIDAD.

4. 1. Introducción.

La prevalencia de suicidio en población adolescente en todo el mundo supone un reto mundial en salud mental. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el suicidio es una de las principales causas de muerte en población entre 15 y 29 años. Uno de los factores de riesgo de suicidio es la presencia de un trastorno mental o trastorno de la personalidad, especialmente el TLP (Consoli et al., 2015; Miller et al., 2007) debido a la alta inestabilidad emocional que presentan las personas que lo padecen y a sus dificultades en el manejo de las emociones.

Otros autores también han considerado la relevancia del ambiente intrafamiliar en el riesgo de suicidio en adolescentes. Xing y cols. (2010) encontraron una fuerte asociación entre estar expuesto a ambientes familiares disfuncionales y los intentos de suicidio en adolescentes. Estos autores señalan la importancia del clima familiar, el nivel de conflicto y la pobre comunicación como factores de riesgo para las conductas autolesivas y suicidas en adolescentes. Machell y cols. (2016) encontraron resultados similares en una muestra de adolescentes con ansiedad, de modo que la ideación suicida aumentaba cuando los adolescentes percibían un bajo apoyo familiar. El ambiente familiar también ha sido considerado como factor protector de suicidio en adolescentes, especialmente la variable referida al apoyo familiar (Compton et al., 2005; Meadows et al., 2005).

La relación entre los comportamientos suicidas y las relaciones familiares se da de forma bidireccional, ya que estos comportamientos actúan como fuertes estresores en la familia (Lucksted et al., 2008) aumentando el grado de conflicto y de vulnerabilidad del sistema familiar. Los comportamientos autolesivos y suicidas impactan a todo el sistema familiar, interfiriendo en la dinámica y el funcionamiento de la familia. Los miembros de la familia son habitualmente con quienes los adolescentes comparten sus pensamientos suicidas, quienes suelen intervenir tras el intento de suicidio y quienes se implican durante el ingreso hospitalario (Fulginiti et al., 2016). Los padres de los pacientes con riesgo suicida tienden a sentirse desbordados debido a la preocupación y el miedo que genera la posibilidad de que sus hijos se suiciden (McDonnell et al., 2003). Los padres expresan una necesidad de apoyo, información y habilidades para manejar la

relación con sus hijos, mejorar su comunicación y en cómo actuar con sus hijos cuando se autolesionan o tratan de suicidarse.

El objetivo de este estudio es conocer cuáles son los componentes concretos del funcionamiento familiar que se asocian a un mayor riesgo de suicidio en una muestra de adolescentes con rasgos de personalidad límite. En base a la literatura previa, es esperable que la percepción de mayor apoyo familiar se relacione con un menor riesgo de suicidio, y que menores niveles de comunicación y mayor conflicto en la familia se asocien a mayor ideación suicida en los adolescentes con rasgos TLP. No obstante, es posible que los resultados para esta población específica de adolescentes se diferencien de los resultados encontrados en adolescentes sin rasgos de TLP. Por tanto, nuestras hipótesis son:

- Hipótesis 1: la percepción de menor apoyo familiar en adolescentes con rasgos de TLP se relacionará con una mayor ideación suicida.
- Hipótesis 2: niveles mayores de conflicto familiar se asociarán con mayor nivel de ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP.
- Hipótesis 3: niveles menores de comunicación familiar se asociarán con mayor nivel de ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP.

4.2. Método.

Participantes

Los criterios de inclusión fueron: cumplir con tres criterios para el TLP según DSM 5 (Rathus & Miller, 2015), un historial reciente de intentos de suicidio, ideación suicida o autolesiones y asistencia a tratamiento de salud mental. Excluimos a participantes con discapacidad intelectual ($CI < 70$) o dificultades en español.

Los participantes fueron 37 adolescentes, todos ellos cumplían criterios de trastorno límite de la personalidad evaluados a través de la entrevista SCID-II. La

muestra estaba compuesta por 35 mujeres y 2 varones, siendo el rango de edades entre 14 y 17 años, ($M = 15.76$; $DT = 1.06$). El 78.4 % eran de origen español, el 16.2 % de países de Latinoamérica y el 5.4 % de otras nacionalidades. En cuanto al rendimiento académico, el 48.6% presentaba fracaso escolar, otro 48.6% un rendimiento medio y solamente un 2.8 % presentaba un rendimiento sobresaliente. Respecto al nivel socioeconómico, medido a través de la escala Hollinhead-Rendlich, el 10.8% pertenecían al nivel II, el 32.4% al nivel III, el 37.8 al nivel IV y el 18.9 al nivel V. La mayoría de ellos (81%) presentaba comorbilidad con un diagnóstico del Eje I, siendo el más prevalente el de trastorno depresivo mayor. El 92% había presentado autolesiones a lo largo de su vida, mientras que el 59% lo había hecho durante el último mes. El 69% de la muestra había realizado algún intento de suicidio a lo largo de su vida y todos ellos habían presentado ideación suicida en los últimos tres meses.

Instrumentos

Los participantes fueron evaluados mediante las entrevistas diagnósticas *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version* (KSADS-PL; Chambers et al., 1985) y la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV* (SCID-II; First et al., 1997) para confirmar su inclusión en el programa. Fueron también recogidos los datos de hospitalizaciones, intentos de suicidio previos y autolesiones no suicidas entre otros.

Para evaluar la ideación suicida en adolescentes se empleó la *Escala de Ideación Suicida de Beck* (Beck et al., 1979). Se trata de un cuestionario para evaluar y cuantificar los pensamientos suicidas, o grado de seriedad e intensidad con el que alguien ha pensado en suicidarse en la última semana. Es una medida de autoinforme empleada en adultos y adolescentes que consta de 21 ítems que recogen características relativas a la actitud hacia la vida y la muerte, los pensamientos o deseos suicidas, el proyecto de intento de suicidio y la realización del intento de suicidio. Para cada ítem hay tres alternativas de respuesta en una escala Likert que indican un grado creciente de seriedad e intensidad de la intencionalidad suicida. Los dos últimos ítems indagan sobre los antecedentes previos de suicidio, que no se contabilizan en la puntuación total. La puntuación puede ir de 19 a 57, siendo mayor la ideación suicida conforme mayor es la puntuación. Presenta una excelente consistencia y validez de contenido, constructo y

concurrente. En cuanto a validez, su correlación con la Escala de Desesperanza de Beck fue de .75 y con la Escala para la Evaluación de la Depresión de Hamilton de .30. El estudio de fiabilidad mostró una consistencia interna alta (α de .89) y una fiabilidad interjueces de .83. La fiabilidad en nuestro estudio fue de .89.

Para evaluar el funcionamiento familiar se empleó la *Escala de Clima Social en la Familia* (Moos, 1974; adaptación española de Seisdedos et al., 1984). Esta escala se dirige a conocer las características sociofamiliares, evaluando las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia para ella y su estructura básica. Está constituida por 90 ítems, agrupadas en 10 subescalas que definen tres dimensiones fundamentales: relaciones, desarrollo y estabilidad. Cada subescala tiene 9 ítems, siendo las opciones de respuesta de verdadero o falso, con una puntuación mínima de 0 y una máxima de 9 en cada subescala. En los estudios originales (Insel & Moos, 1974), las fiabilidades de las diferentes subescalas del FES estaban comprendidas entre .61 y .78. En nuestra muestra, las fiabilidades de las subescalas fueron de .32 a .79. Las subescalas que tuvieron un α por encima de .60 (Cohesión, Expresividad, Conflicto, Actuación, Social-recreativa e Intelectual-cultural) se utilizaron en los análisis. En cuanto a las dimensiones de la escala, el α de Relaciones fue de .63, el de Desarrollo de .77 y el de Estabilidad de .67.

Tabla 12. Dimensiones y subescalas de la Escala de Clima Social Familiar.

	DIMENSIONES	SUBESCALAS
A.	Relaciones: grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.	Expresividad: grado en que se anima a los miembros a actuar libremente y a expresar directamente sus sentimientos.
		Cohesión: grado en que los miembros de la familia están compenetrados y se ayudan y se apoyan entre sí.
		Conflicto: grado en que se expresan libre y abiertamente la cólera, agresividad y conflicto entre los miembros de la familia.
B.	Desarrollo: importancia que tienen en la familia los procesos de desarrollo personal, fomentados o no en la familia.	Autonomía: grado en que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, son autosuficientes y toman sus propias decisiones.
		Actuación: grado en que las actividades (tales como escuela o trabajo) se enmarcan en una estructura orientada a la acción o competitiva

		Social-recreativa: grado de participación en actividades sociales y recreativas.
		Moralidad-Religiosidad: importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.
		Intelectual-Cultural: grado de interés en actividades políticas, sociales, intelectuales y culturales
C.	Estabilidad: estructura y organización de la familia y grado de control que unos miembros ejercen sobre otros.	Organización: importancia que se da a una clara organización y estructura al planificar las actividades y responsabilidades de la familia.
		Control: grado en que la dirección de la vida familiar se atiene a reglas y procedimientos establecidos.

Aprobación ética

El diseño de la intervención fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España). Realizamos la investigación de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los adolescentes y sus padres antes de completar los cuestionarios, y se explicó el propósito y la metodología de la intervención. Los participantes fueron evaluados como candidatos al programa Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia (ATraPA©) de la Unidad de Hospitalización Aguda de Adolescentes del Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid).

Procedimiento

Los datos fueron recogidos entre los meses de octubre de 2016 y junio de 2017. Reclutamos a los participantes de los servicios de salud mental ambulatorios del Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Un psicólogo clínico llevó a cabo las entrevistas clínicas y entregamos a los participantes un paquete de cuestionarios para que los completaran en sus hogares. No se ofreció compensación monetaria.

Análisis estadísticos

En primer lugar, se determinaron los estadísticos descriptivos de las puntuaciones de las subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia. La normalidad de la distribución de datos se determinó mediante la prueba Shapiro-Wilk. Se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson entre las diferentes dimensiones de la Escala de Clima Social en la Familia y la puntuación global de la Escala de Ideación Suicida. Posteriormente, se llevó a cabo un análisis de correlaciones de Pearson entre la Ideación Suicida y las subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia. Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal, donde las variables independientes fueron de las tres dimensiones del Cuestionario de Clima Social en la Familia y la variable dependiente la puntuación total de la Escala de Ideación Suicida. Se comprobaron la bondad de ajuste y la ausencia de multicolinealidad¹ antes de realizar los análisis. Los análisis estadísticos se llevaron a cabo con el programa *IBM SPSS Statistics v. 24 para Windows* (IBM Corp. Lanzado en 2016. IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.).

4.3. Resultados.

En la Tabla 13 se presentan los estadísticos descriptivos de las diferentes subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia.

Tabla 13. Estadísticos descriptivos de las subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia.

Estadísticos descriptivos		
	Media	DT
Cohesión	3.65	2.43
Expresividad	3.68	3
Conflicto	5.79	2.52
Autonomía	5.16	1.81
Actuación	5.09	2.36
Social-Recreativa	4.31	2.21
Intelectual-cultural	4	2.52
Moral-Religiosa	2.79	1.68
Organización	4.70	2.67

¹ Los análisis de multicolinealidad se añaden en el *Anexo 14*.

Control	4.21	1.99
---------	------	------

Nota= *DT*: desviación típica

Los resultados de los análisis de correlación entre las dimensiones de la Escala Clima Social en la Familia y la Escala de Ideación Suicida se muestran en la Tabla 14.

Tabla 14. Correlaciones entre dimensiones de la Escala Clima Social en la Familia y la puntuación global de la Escala de Ideación Suicida.

Dimensiones de la escala Clima Familiar	Ideación suicida
Relaciones	-.59*
Desarrollo	-.54
Estabilidad	-.24

Nota= * $p < .05$,

Se observó una correlación negativa entre la dimensión Relaciones de la Escala de Clima Social en la Familia y la puntuación total de la Escala de Ideación Suicida ($r = -.59$, $p < .05$). Las dimensiones Desarrollo y Estabilidad presentaron también correlaciones negativas con la Escala de Ideación Suicida, pero no fueron significativas.

Posteriormente se llevó a cabo un análisis de correlaciones entre las diferentes subescalas de la Escala de Clima Social en la Familia y la Escala de Ideación Suicida. Los resultados se muestran en la Tabla 15.

Tabla 15. Correlaciones entre las subescalas de las diferentes dimensiones de la Escala de Clima Social en la Familia y la puntuación global de la Escala de Ideación Suicida

Subescalas Clima Social en la Familia	Ideación suicida
Cohesión	-.13
Expresividad	-.56*
Conflicto	-.31
Actuación	.17
Intelectual-cultural	-.35
Social-recreativa	-.55*

Nota= * $p < .05$,

Expresividad es la única subescala de la dimensión de Relaciones que muestra una correlación significativa con la Ideación Suicida ($r = -.56, p < .05$), de modo que los participantes con puntuaciones más altas en Expresividad presentaban menor puntuación en la Escala de Ideación Suicida. De las subescalas de la Dimensión Desarrollo, la subescala Social-Recreativa se relacionó significativamente con la puntuación total de Ideación Suicida ($r = -.55, p < .05$), de manera que los participantes con puntuaciones mayores en la subescala Social-Recreativa presentaron una menor puntuación total en la Escala de Ideación Suicida. Ninguna de las subescalas de la dimensión Estabilidad estuvo estadísticamente relacionada con las puntuaciones de la Escala de Ideación Suicida.

Finalmente, se llevó a cabo un análisis de regresión lineal múltiple con el método introducir de las dimensiones de la Escala de Clima Social en la Familia sobre la Escala de Ideación Suicida. Los resultados se muestran en la Tabla 16.

Tabla 16. Análisis de regresión lineal de las Dimensiones de la Escala Clima Social en la Familia sobre la Escala de Ideación Suicida

Modelo	<i>B</i>	<i>Error Estándar</i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>	<i>Sig.</i>
Relaciones	-1.22	.39	-.74	-3.12	.03
Desarrollo	-.82	.81	-.35	-1.01	.36
Estabilidad	-.78	.88	-.03	-.09	.93

Nota= La variable dependiente es la puntuación total de la Escala de Ideación Suicida.

El modelo fue estadísticamente significativo ($F(3,8) = 6.78, p < .05$). Los análisis muestran un valor de R^2 de .8, siendo el 80% de la varianza de la variable dependiente explicada por el modelo. De las tres subescalas, la única que presenta resultados significativos es la de Relaciones, con $p < .05$, por lo que tanto Estabilidad como Desarrollo no fueron buenas variables explicativas de la varianza de las puntuaciones de la Escala de Ideación Suicida.

4.4. Discusión.

El entorno familiar es una variable relevante en la intervención con adolescentes con ideación suicida. Este estudio se ha dirigido a conocer con mayor precisión cuáles son los elementos del funcionamiento familiar relacionados con el riesgo suicida en población adolescente con rasgos de personalidad límite. Los resultados señalan la importancia de la dimensión de Relaciones en la familia como posible factor de riesgo de suicidio en adolescentes con rasgos de TLP, una variable que hace referencia a la calidad de la comunicación familiar. Estos resultados son coherentes con los hallados en el estudio de Xing y cols. (2010), donde la comunicación familiar disfuncional se relacionaba con mayores niveles de suicidio en adolescentes.

De todas las subescalas, los resultados apuntan a la influencia específica de la subescala de Expresividad, que se relaciona con el grado de libre expresión emocional en la familia, y a la subescala Social-Recreativa. Estos resultados apuntan a que menores niveles de expresión emocional en la familia estarían asociados a un mayor riesgo de suicidio en los adolescentes con rasgos límite de personalidad, y que la participación conjunta en actividades sociales y de ocio podría disminuir el riesgo de suicidio. En contraposición a lo esperado según estudios previos, las subescalas de Cohesión, relacionada con el apoyo familiar, y de Conflicto, asociada al nivel de hostilidad, no presentaron una relación significativa con la Ideación Suicida. Por tanto, las variables familiares asociadas a menor riesgo suicida en adolescentes podrían ser diferentes cuando estos tienen rasgos de TLP. Por otro lado, en consonancia a los resultados de nuestro estudio, Lipschitz y cols. (2012) analizaron la relación entre el funcionamiento familiar percibido por los adolescentes hospitalizados por ideación suicida (evaluado a través de la subescala de funcionamiento general del Dispositivo de Evaluación familiar, FAD) y la Escala de Ideación Suicida de Beck. Los resultados mostraron una relación entre peor funcionamiento familiar y mayor ideación suicida.

La capacidad comunicativa y la expresión de las necesidades se asociarían al riesgo suicida en adolescentes con rasgos de TLP, por lo que los programas de tratamiento que incorporen estrategias para mejorar la comunicación familiar podrían prevenir el riesgo suicida en esta población. Además, promover las interacciones lúdicas y sociales en actividades de ocio podría ofrecer oportunidades de experimentar

sentimientos positivos que también se asociarían a menor riesgo suicida en adolescentes con rasgos TLP. Por tanto, incluir a la familia en el tratamiento, enfocándose en mejorar la comunicación y la expresión emocional de los miembros y la participación en actividades sociales y recreativas, podría tener efectos en la reducción del riesgo suicida de adolescentes con rasgos de TLP. De acuerdo con Brent y cols. (2013), los programas preventivos del suicidio en adolescentes apuntan a la inclusión de la familia como variable implicada en el éxito de las intervenciones. Cuando se incluye a las familias en el tratamiento de los adolescentes con riesgo suicida, las recaídas se distancian en el tiempo y el bienestar de la familia aumenta (Dixon et al., 2001).

Uno de los aspectos controvertidos de esta línea de investigación es la bidireccionalidad de la relación entre el clima familiar y la ideación suicida. Sin embargo, los resultados de estudios que evalúan la eficacia de las intervenciones familiares para reducir el comportamiento suicida en adolescentes sugieren lo contrario. Pineda y cols. (2013) evaluaron la efectividad de una intervención familiar para reducir los comportamientos suicidas en adolescentes no hospitalizados de forma longitudinal, a los 3 y a los 6 meses. El tratamiento demostró ser eficaz para mejorar el funcionamiento familiar y reducir el comportamiento suicida, comparado con la intervención que no incluía a la familia. Los beneficios se mantuvieron en el seguimiento. Los resultados demostraron que el cambio en el comportamiento suicida de los adolescentes estaba mediado por los cambios en el funcionamiento familiar. En consonancia con estos resultados, Diamond y cols. (2010) realizaron un estudio con adolescentes con riesgo suicida en el que comparaban un grupo que recibía sólo tratamiento para los hijos con uno que además incluía a los padres en el tratamiento. Los resultados de este estudio mostraron un papel mediador de la inclusión de la familia en la reducción del comportamiento suicida en los adolescentes tres meses después del tratamiento.

Limitaciones

El estudio tiene limitaciones, ya que su carácter transversal impide el poder establecer conclusiones acerca de la causalidad o la dirección de la influencia de unas variables sobre otras. Es posible que algunas variables no estudiadas sean las responsables de las asociaciones encontradas entre las variables. El hecho de que la mayoría de las medidas sean de autoinforme puede limitar la generalización de los

resultados o la validez de los mismos. La fiabilidad de los diagnósticos se puede ver limitada por haberse empleado un solo evaluador. Otra de las limitaciones es el tamaño muestral, por lo que la falta de potencia podría haber ocultado algunas relaciones existentes y que no hayan sido significativas.

Implicaciones clínicas y futuras direcciones

La relevancia del presente estudio recae en la posibilidad de influir en factores modificables del riesgo suicida en población adolescente con rasgos de TLP. Los resultados obtenidos sugieren que las variables familiares relativas a la comunicación y la expresión de emociones, así como el ocio compartido, podrían ser un objetivo de tratamiento para reducir el riesgo suicida en adolescentes con rasgos de TLP. En consecuencia, se podría recomendar que los programas de tratamiento faciliten la expresión emocional de padres y adolescentes con rasgos de TLP y que fomenten actividades familiares de ocio.

5. Estudio 2:

DIFERENCIAS EN MINDFULNESS, ESTILOS EDUCATIVOS PARENTALES Y DESREGULACIÓN EMOCIONAL EN UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES CON RASGOS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y UNA MUESTRA DE ADOLESCENTES SANOS.

5.1. Introducción.

La Teoría Biosocial de Linehan (1993a) sitúa a la desregulación emocional como el núcleo de las dificultades del TLP. Gratz y Roemer (2004) definen la regulación emocional como "un rango de procesos que funcionan para monitorear, evaluar y/o modular las experiencias emocionales". El ambiente familiar y los estilos de crianza se han propuesto como factores relevante para desarrollar los mecanismos adecuados de regulación emocional típica del TLP (Sansone et al., 2013; Stepp et al., 2014). Schuppert y cols. (2012) investigaron la diferencia entre percepción del entorno familiar en adolescentes con TLP frente a un grupo control sano. El grupo con TLP informó de percepciones de menor calidez, mayor sobreprotección y mayor rechazo en comparación con el grupo de control. Además, un estudio longitudinal (Winsper et al., 2012) demostró que un estilo hostil de los padres durante la infancia aumentaba el riesgo de síntomas del TLP en la adolescencia temprana.

Por otro lado, investigaciones recientes respaldan la idea de que las habilidades de mindfulness desempeñan un papel importante en la regulación emocional (Carmody et al., 2009; Coffey & Hartman, 2008; Hervás et al., 2016; Ma & Fang, 2019). Por ejemplo, Coffey y cols. (2010) probaron el efecto de la práctica del mindfulness en la reducción de los niveles de emociones negativas. Encontraron que la regulación emocional y la rumiación eran variables mediadoras en esta relación, por lo tanto, el mindfulness afectaría a la regulación emocional, y una mejor regulación emocional llevaría a menos emocionalidad negativa. Las deficiencias en mindfulness se han relacionado con síntomas del TLP en muestras tanto de la comunidad como clínicas (Wupperman et al., 2008; Wupperman et al., 2009), incluso después de controlar el neuroticismo. Cebolla y cols. (2017) encontraron que habilidades de mindfulness como la conciencia corporal y el control atencional desempeñaban un papel importante tanto en el primer momento del proceso de regulación emocional (valoración cognitiva) como en el control de las respuestas emocionales.

Finalmente, una variable emergente en los últimos años es la sobreproducción emocional, definida como la tendencia a experimentar simultáneamente un elevado número de emociones negativas (Hervás & Vázquez, 2011). Los estudios acerca de este constructo son todavía escasos, aunque se ha demostrado que la sobreproducción

emocional promueve la rumiación y la desregulación emocional, por lo que podría influir en los síntomas de TLP (Selby et al., 2016). Una investigación preliminar mostró que los adultos con TLP tenían niveles más altos de sobreproducción emocional que un grupo de control sano (Elices et al., 2014). Desafortunadamente, no existe investigación sobre la sobreproducción emocional en adolescentes con TLP.

El objetivo del presente estudio es comprender mejor la influencia de los estilos de crianza, la regulación emocional, la sobreproducción emocional y las habilidades de mindfulness en adolescentes con rasgos de TLP. En primer lugar, comparamos los estilos de crianza, la desregulación emocional, la sobreproducción emocional y las habilidades de mindfulness entre un grupo clínico con rasgos de TLP y un grupo control no clínico. Buscamos determinar si estas características estaban presentes en diferentes niveles en adolescentes con y sin rasgos de TLP y sus tamaños de efecto. Finalmente, analizamos la capacidad predictiva única de los diferentes estilos de crianza y las habilidades de mindfulness, sobreproducción emocional y desregulación emocional en el diagnóstico de TLP. Nuestras hipótesis fueron:

- Hipótesis 1: En cuanto a los estilos de crianza, los adolescentes del grupo con rasgos de TLP presentarán puntuaciones más bajas en afecto y niveles más altos de crítica en comparación con un grupo control sano.
- Hipótesis 2: Los adolescentes del grupo con rasgos de TLP presentarán puntuaciones más bajas en habilidades de mindfulness en comparación con un grupo control sano. Los adolescentes del grupo con rasgos de TLP presentarán puntuaciones más altas en sobreproducción emocional y desregulación emocional en comparación con un grupo control sano.
- Hipótesis 3: En la muestra total, las habilidades de mindfulness, desregulación emocional, sobreproducción emocional y los estilos de crianza predecirán la asignación a cada grupo (es decir, rasgos de TLP vs. grupo de control), siendo las puntuaciones más bajas en mindfulness y afecto y las puntuaciones más altas en crítica, sobreproducción emocional y desregulación emocional las que estarían asociadas con pertenecer al grupo con rasgos de TLP.

5.2. Método,

Participantes

Cuarenta y ocho adolescentes con rasgos de TLP y cuarenta y ocho controles sanos participaron en el estudio. Utilizamos la versión en español de la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV* (SCID-II) (First et al., 1997), módulo para el TLP, para establecer los diagnósticos del grupo de casos. Esta entrevista es válida para medir los trastornos de personalidad en adolescentes (Salbach-Andrae, 2008) y no se realizaron adaptaciones. En el grupo con características de TLP, evaluamos la psicopatología utilizando la versión en español del *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997; Ulloa et al., 2006). Utilizamos el *Youth Self Report* (YSR) (Achenbach & Rescorla, 2001; Lemos et al., 2002) para la detección de psicopatología en el grupo de control. Un psicólogo clínico entrenado realizó las entrevistas clínicas.

Todos los participantes tenían entre 12 y 17 años y convivían de manera estable con uno o ambos de sus padres. Los criterios de inclusión para el grupo con características de TLP fueron: cumplir con tres criterios para el TLP según DSM 5, un historial reciente de intentos de suicidio o autolesiones y asistencia a tratamiento de salud mental. Los participantes en el grupo de control debían estar asistiendo a la escuela secundaria y no tener antecedentes previos de dificultades de salud mental. Excluimos a participantes con discapacidad intelectual ($CI < 70$) o dificultades en español. Excluimos a tres participantes del grupo de control debido a puntuaciones elevadas en el YSR y otros tres participantes del grupo con rasgos de TLP porque no completaron los cuestionarios. Los participantes en el grupo con características de TLP (93,3% mujeres) tenían edades entre 12 y 17 años ($M = 15.6$, $DT = 1.3$), y los participantes en el grupo de control (84,4% mujeres) tenían edades entre 13 y 17 años ($M = 14.4$; $DT = 1.3$). El nivel educativo de los padres fue equivalente en ambos grupos ($\chi^2 = 9.55(6)$; $p = .145$) y no se encontraron diferencias entre los grupos en cuanto al género ($\chi^2 = 1.8(1)$; $p = .18$). Se encontraron diferencias en las edades de los grupos, siendo mayor en el grupo de casos ($t = -4.23$; $p = .001$). Por lo tanto, la edad se controló en los análisis subsiguientes.

Instrumentos

-Estilos de crianza. Medimos los estilos de crianza con la versión en español de la *Escala de Afecto* (Fuentes et al., 1999; Bersabé et al., 2001). La Escala de Afecto es una medida de autoinforme compuesta por 20 ítems calificados mediante una escala Likert, desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Está compuesta por dos subescalas: la escala de comunicación afectiva (es decir, el nivel de calidez y comunicación de los padres percibidos por los niños) y la escala de crítica-rechazo (es decir, el nivel de hostilidad y crítica de los padres percibidos por los niños). En la muestra actual, la consistencia interna fue $\alpha = .93$ en la subescala de afecto y $\alpha = .90$ en la subescala de crítica.

-Dificultades en la regulación emocional. Para evaluar la desregulación emocional, utilizamos la versión en español de la Escala de *Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jódar, 2008). Esta adaptación está compuesta por 28 ítems calificados en una escala Likert, desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). En el presente estudio solo se utilizaron dos subescalas: las dificultades para participar en comportamientos dirigidos a metas y las dificultades diarias de control de impulsos, ya que son los mejores índices de desregulación emocional (Cebolla et al., 2017; Hervás & Jódar, 2008). En la muestra actual, la consistencia interna fue $\alpha = .89$ en la subescala de interferencia diaria y $\alpha = .95$ en la subescala de falta de control.

-Sobreproducción emocional. Medimos la sobreproducción emocional con la *Escala de Sobreproducción Emocional* (EOP; Hervás & Vázquez, 2011). Esta escala está compuesta por 13 ítems calificados en una escala Likert de cinco puntos, desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), que evalúan el número promedio de emociones negativas simultáneas que experimenta un individuo cuando está triste (por ejemplo, frustración, desesperanza, inseguridad, desconfianza, entre otros). En la muestra actual, la consistencia interna fue $\alpha = .94$.

-Habilidades de mindfulness. Medimos las habilidades de mindfulness con la versión en español del *Cuestionario de Cinco Facetas del Mindfulness* (FFMQ; 39 ítems) (Baer et al. 2008; Cebolla et al. 2012). Los ítems se califican en una escala Likert que varía de 1 (nunca o muy raramente cierto) a 5 (muy a menudo o siempre cierto), y

puntajes más altos indican habilidades de mindfulness autoinformadas más altas. Solo utilizamos las subescalas de describir (es decir, poner en palabras la experiencia), conciencia (es decir, actuar con atención o prestar plena atención a la experiencia presente) y no juzgar (es decir, analizar la experiencia sin interpretación) para evitar la superposición de contenido con las subescalas de DERS. En la muestra actual, la consistencia interna fue $\alpha = .85$ en la subescala de describir, $\alpha = .88$ en la subescala de conciencia y $\alpha = .89$ en la subescala de no juzgar.

Procedimiento

Reclutamos a los participantes del grupo con características de TLP en servicios de salud mental ambulatorios en dos hospitales españoles, el Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid y el Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida. Los comités de ética en ambos hospitales aprobaron el diseño del estudio. Los datos de la muestra de Madrid fueron recogidos entre octubre de 2016 y noviembre de 2017. Realizamos la investigación de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos). Los datos de la muestra de Lleida se recogieron entre los meses de septiembre de 2018 y diciembre de 2019. Explicamos el propósito y la metodología del estudio y obtuvimos el consentimiento informado por escrito de los participantes y sus padres antes de la realización de los cuestionarios. Un psicólogo clínico llevó a cabo las entrevistas clínicas y entregamos a los participantes un paquete de cuestionarios para que los completaran en sus hogares. No se ofreció compensación monetaria.

La prevalencia de TLP en la población general adolescentes es mínima (Guilé et al., 2018), por lo que la muestra de control fue obtenida de institutos de educación secundaria de Madrid y Lleida. Los maestros distribuyeron una carta explicativa y los cuestionarios, y obtuvieron el consentimiento informado por escrito de los participantes y sus padres antes de la realización de los cuestionarios. Los maestros devolvieron los cuestionarios completados a los investigadores.

Análisis Estadísticos

Realizamos los análisis utilizando el paquete de software *SPSS Statistics 24 para Windows* (IBM Corp. Lanzado en 2016. IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Para probar las Hipótesis 1 y 2, utilizamos la prueba *t* para muestras independientes. Utilizamos la corrección de Bonferroni² para tener en cuenta los efectos de las comparaciones múltiples. Para probar la Hipótesis 3, realizamos análisis de regresión logística. Se comprobaron la bondad de ajuste y la ausencia de multicolinealidad³ antes de realizar los análisis.

5.3. Resultados.

Comparación entre Grupos

La comparación de medias entre el grupo clínico y el grupo control para cada una de las variables evaluadas utilizando la *prueba t para muestras independientes* se muestra en la Tabla 17.

Tabla 17. Prueba *t* para comparar las medias del grupo con rasgos de TLP y el grupo control.

	Grupo	Media	DT	ES	<i>t</i> (g.l.)*	<i>d</i> de Cohen
Afecto	TLP	33.67	10.49	1.69	6.03 (88)*	1.27
	Control	43.84	4.28			
Crítica	TLP	28.47	9.96	1.62	-6.63 (88)*	1.4
	Control	17.71	4.38			
Describir	TLP	19.42	7.25	1.41	5.11 (88)*	1.57
	Control	8.92	6.04			
Conciencia	TLP	20.13	6.53	1.34	7.22 (88)*	1.52
	Control	29.78	6.15			
No juzgar	TLP	19.64	5.75	1.22	11.04 (88)*	2.33
	Control	33.13	5.84			
Interferencia cotidiana	TLP	17.04	3.48	0.78	-8.1 (88)*	1.71
	Control	10.69	3.95			

² El valor de α tras aplicar la corrección de Bonferroni (α/n) es de .00625.

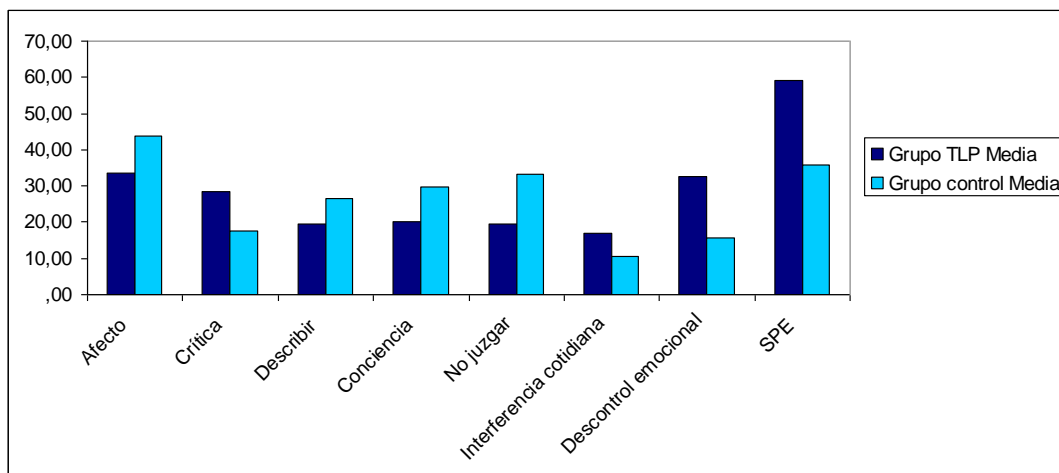
³ Los análisis de multicolinealidad se añaden en el *Anexo 14*.

Descontrol emocional	TLP	32.47	9.15	1.77	-9.54 (88)*	2.01
	Control	15.58	7.58			
SPE	TLP	59.18	9.83	2.29	7.63 (88)*	2.16
	Control	35.67	11.85			

Nota: DT= Desviación Típica; ES= Error Estándar; t = coeficiente de t de Student; g.l.= grados de libertad; Afecto= escala de afecto (estilos de crianza); Crítica= esca alde crítica (estilos de crianza); Describir= subescala describir del FFMQ ; Conciencia= subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; Interferencia cotidiana= subescala de dificultad en lograr el comportamiento dirigido a metas del DERS; Descontrol emocional= subescala de dificultades en el control de impulsos del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional. * $p < .001$

Los resultados de las medias de ambos grupos se muestran en una gráfica en la Figura 3.

Figura 3. Medias del grupo de rasgos TLP y el grupo control en cada variable.



Nota= Afecto= escala de afecto (estilos de crianza); Crítica= esca alde crítica (estilos de crianza); Describir= subescala describir del FFMQ; Conciencia= subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; Interferencia cotidiana= subescala de dificultad en lograr el comportamiento dirigido a metas del DERS; Descontrol emocional= subescala de dificultades en el control de impulsos del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional.

Los adolescentes con rasgos de TLP obtuvieron puntuaciones más altas que el grupo de control en las subescalas de crítica (estilo de crianza) y dificultades en la regulación emocional (dificultad en metas y falta de control de impulsos) y sobreproducción emocional. Mientras tanto, el grupo de control mostró puntuaciones más altas en las subescalas de afecto (estilo de crianza) y habilidades de mindfulness (describir, conciencia y no juzgar).

Correlaciones entre variables

Los resultados de los análisis de correlación de Pearson entre las variables incluidas en el estudio se muestran en la Tabla 18.

Tabla 18. Correlación entre variables.

	Afecto	Crítica	Describir	Conciencia	No juzgar	Interferencia cotidiana	Descontrol emocional	SPE
Afecto	-							
Crítica	-.81**	-						
Describir	.41**	-.37**	-					
Conciencia	.48**	-.59**	.34**	-				
No juzgar	.46**	-.61**	.32**	.70**	-			
Interferencia cotidiana	-.47**	.55**	-.33**	-.67**	-.73**	-		
Descontrol emocional	-.46**	.56**	-.45**	-.72**	-.75**	.79**	-	
SPE	-.45**	.56**	-.37**	-.68**	-.78**	.82**	.84**	-

Nota= Afecto= escala de afecto (estilos de crianza); Crítica= esca alde crítica (estilos de crianza); Describir= subescala describir del FFMQ; Conciencia= subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; Interferencia cotidiana= subescala de dificultad en lograr el comportamiento dirigido a metas del DERS; Descontrol emocional= subescala de dificultades en el control de impulsos del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional. * $p < .05$ ** $p < .001$

Regresión logística

Se llevaron a cabo análisis de regresión logística para examinar la influencia de las variables independientes en la probabilidad de formar parte del grupo con rasgos de TLP. El modelo final estuvo compuesto por 9 variables independientes. Se empleó un método secuencial de 3 bloques. El primer bloque estaba compuesto por la edad; el segundo bloque incluye las subescalas de estilos de crianza (afecto y crítica), el tercer bloque estaba compuesto por las tres variables de mindfulness (describir, actuar con conciencia y no juzgar) y las variables de regulación emocional (interferencia cotidiana y descontrol emocional) y sobreproducción emocional. Los bloques sucesivos mejoraron el porcentaje de clasificaciones precisas en el modelo final (91.1%). Los niveles de Hosmer-Lemeshow no fueron significativos ($\chi^2 (8) = 2.45$, $p = .964$). Los resultados de los modelos se muestran en las Tablas 19 y 20.

Tabla 19. Resultados del test omnibus para cada modelo

	Chi-cuadrado (g.l.)	R ² Cox-Snel	R ² Nagelkerke
Bloque 1	16.06(1) (p<0.001)	.16	.22
Bloque 2	52.37(3) (p<0.001)	.44	.59
Bloque 3	94.65(9) (p<0.001)	.65	.87

Nota: g.l.= grados de libertad; R² = coeficiente de determinación

Tabla 20. Análisis de regresión logística para $Y=caso$.

	B	E.S.	Wald	g.l.	Sig.	Exp (B)	95% I.C. para EXP(B)	
							Inferior	Superior
Bloque 1								
Edad	.66**	.18	13.54	1	.001**	1.92	1.36	2.73
Constante	-9.85**	2.69	13.4	1	.001**	.01		
Bloque 2								
Edad	.64*	.23	7.66	1	.006*	1.9	1.21	2.99
Afecto	-.09	.06	2.41	1	.12	.91	.81	1.03
Crítica	.16*	.07	5.59	1	.02*	1.17	1.03	1.33
Constante	-9.3	4.72	3.88	1	.05	.01		
Bloque 3								
Edad	.58	.45	1.65	1	.2	1.78	.74	4.3
Afecto	-.13	.12	1.1	1	.3	.88	.7	1.12
Crítica	.05	.14	.13	1	.71	1.05	.81	1.37
Describir	-.24*	.11	4.9	1	.03*	.79	.64	.97
Conciencia	.01	.11	.01	1	.96	1.01	.82	1.24
No juzgar	-.29*	.12	5.71	1	.02*	.75	.59	.95
SPE	.15	.1	2.52	1	.11	1.17	.97	1.41
Interferencia cotidiana	-.04	.2	.04	1	.84	.96	.64	1.43
Descontrol emocional	-.07	.09	.55	1	.46	.93	.78	1.12
Constante	3.64	11.33	.1	1	.75	37.92		

Nota: B = coeficiente de determinación; E.S. = Error Estándar; Wald = contribución específica de cada variable; g.l.= grados de libertad; Sig. = significación; Exp (B) = odds ratio; I.C. = índice de confianza; Afecto= escala de afecto (estilos de crianza); Crítica= esca alde crítica (estilos de crianza); Describir= subescala describir del FFMQ; Conciencia= subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; Interferencia cotidiana= subescala de dificultad en lograr el comportamiento dirigido a metas del DERS; Descontrol emocional= subescala de dificultades en el control de impulsos del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional. * $p < .05$ ** $p < .001$

En el modelo final (Bloque 3), los resultados de las habilidades de mindfulness describir y no juzgar fueron significativos. En el modelo final, describir y no juzgar estaban relacionados negativamente con ser parte del grupo con rasgos de TLP: niveles más bajos de describir y no juzgar predijeron pertenecer al grupo con rasgos de TLP. Los resultados significativos de la edad y la crítica desaparecieron después de la inclusión de las variables de mindfulness. La habilidad de mindfulness conciencia y las variables de regulación emocional y sobreproducción emocional no fueron significativas.

5.4. Discusión.

El propósito del estudio fue comprender mejor el papel entre los estilos de crianza, la desregulación emocional, la sobreproducción emocional y las habilidades de mindfulness en adolescentes con rasgos de TLP. En primer lugar, probamos las diferencias en estas variables en un grupo de adolescentes con rasgos de TLP y un grupo control de adolescentes sin rasgos TLP. Los resultados mostraron que los adolescentes con rasgos de TLP tenían peores percepciones de los estilos de crianza (es decir, menos afecto y más crítica) en comparación con el grupo control. Esto es consistente con el Modelo Biosocial de Marsha Linehan (1993a), que considera el entorno invalidante como uno de los factores causales del TLP. De manera similar, autores previos también han destacado la influencia específica de los estilos de crianza en el TLP y la regulación emocional (Sansone et al., 2013; Stepp et al., 2014; Winsper et al., 2012). En cuanto a las habilidades de mindfulness, el grupo con rasgos de TLP mostró niveles más bajos en las tres habilidades; describir, conciencia y no juzgar. Los adolescentes con rasgos de TLP tenían menos capacidad para etiquetar sus emociones, prestaban menos atención a ellas y juzgaban más sus experiencias internas. Además, los adolescentes con rasgos de TLP mostraron niveles más altos en las variables de desregulación emocional (i.e., interferencia cotidiana y descontrol emocional) y sobreproducción emocional. Estos resultados concuerdan con los de Elices y cols. (2014), quienes encontraron que los adultos con TLP tenían niveles más altos de sobreproducción emocional que un grupo de control sano.

Cuando se incluyeron todas las variables en el análisis de regresión, solo dos variables, describir y no juzgar, predijeron la asignación al grupo con rasgos de TLP. En

un estudio experimental reciente, se demostró que la capacidad de "describir" emociones (es decir, etiquetar) es muy relevante en la regulación emocional en pacientes con TLP (Fitzpatrick et al., 2019). Otras investigaciones han destacado la habilidad de mindfulness no juzgar como notablemente relacionada con las dificultades del TLP. Por ejemplo, Eisenlohr-Moul y cols. (2016) evaluaron las fluctuaciones naturales semanales en los síntomas del TLP y las habilidades de mindfulness utilizando medidas repetidas. Los resultados concluyeron que, aunque todas las habilidades de mindfulness (por ejemplo, conciencia, no reaccionar y no juzgar) estaban relacionadas con las medidas del TLP, solo los cambios semanales en no juzgar predecían los síntomas del TLP. Estos resultados son consistentes con Mitchell y cols. (2019), quienes encontraron que los aumentos en conciencia y no juzgar se correlacionaron con una disminución en los síntomas del TLP después de un grupo de entrenamiento en habilidades de TDC. En general, la investigación destaca el papel clave de la capacidad de no juzgar en el TLP.

Ni los estilos de crianza ni las variables de desregulación emocional predijeron la pertenencia al grupo de rasgos de TLP después de tener en cuenta las variables de mindfulness. Este resultado fue inesperado, ya que investigaciones previas habían identificado la influencia de estilos de crianza como la baja calidez y el castigo elevado, entre otros, en el inicio del TLP (Johnson et al., 2006; Schuppert et al., 2012). Una posibilidad podría ser que la influencia de estas variables en los rasgos de TLP fuera mediada por las habilidades de mindfulness. En esta línea, es posible que los estilos parentales invalidantes dieran lugar a dificultades para identificar y describir estados emocionales mediante la internalización de un estilo crítico. De hecho, algunos estudios han destacado la relación entre los estilos de crianza y las habilidades de mindfulness. En uno de estos estudios, Cheavens y cols. (2005) estudiaron las asociaciones entre la crítica parental percibida, la supresión del pensamiento y los síntomas del TLP. Estos investigadores encontraron que la supresión del pensamiento (es decir, hasta cierto punto lo contrario de mindfulness) mediaba parcialmente la relación entre la crítica parental y los síntomas del TLP. Se pueden plantear argumentos similares para los resultados no significativos de los índices de desregulación emocional o la sobreproducción emocional. Es posible que las habilidades de describir y no juzgar medien la influencia de estas variables en el TLP. No obstante, el papel de la sobreproducción emocional es potencialmente relevante, ya que aunque los resultados

no sean significativos, los datos del tamaño de efecto al comparar el grupo con rasgos de TLP y el grupo control fueron elevados. Sería interesante realizar por tanto un estudio longitudinal para evaluar estos efectos mediacionales.

Limitaciones

Las conclusiones de este estudio están limitadas por el tamaño de la muestra y otros posibles sesgos al no haber sido seleccionada de manera aleatoria. Además, se emplearon cuestionarios de autoinforme y los resultados deben replicarse con otras medidas en futuros trabajos. Las asociaciones entre las variables no deben interpretarse como relaciones causales, debido al carácter transversal del estudio, y se necesitan estudios longitudinales para confirmar esta relación. Maxwell y cols. (2011) demostraron que el uso del análisis de mediación con datos transversales genera estimaciones sesgadas de los efectos de los mediadores. Por tanto, las hipótesis de mediación deberían probarse sólo con datos longitudinales, ya que incluso los grandes efectos de mediación obtenidos en los estudios transversales podrían convertirse en no significativos con datos longitudinales.

Implicaciones clínicas y futuras direcciones

El papel del mindfulness en la regulación emocional y en el agravamiento de los rasgos de TLP podría ser relevante en la implementación de programas de tratamiento temprano para el TLP. A través de futuras investigaciones se deberían examinar si estas intervenciones conducen a una mejor regulación emocional y, en consecuencia, a una mejora o incluso prevención del desarrollo del TLP con el tiempo.

6. Estudio 3⁴:

GRUPO DE HABILIDADES DE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL PARA PADRES DE ADOLESCENTES CON RASGOS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD.

⁴ Los resultados de este estudio han sido publicados en el avance on line de la revista *Clinical child psychology and psychiatry*: Marco, S., Mayoral, M., & Hervás, G. (2023). Dialectical Behavioral Skills Group Therapy for Parents of Adolescents With Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045231177329. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13591045231177329>

6.1. Introducción

La Terapia Dialéctico-Conductual (TDC) ha sido reconocida como un tratamiento efectivo para la ideación suicida y otros síntomas TLP (Chen et al., 2021; Cristea et al., 2017; Cuevas-Yust & López-Pérez, 2012; Panos et al., 2014). Desde la adaptación de la TDC a la población adolescente con tendencias suicidas (TDC-A) (Miller, 1999; Miller et al., 2007; Rathus & Miller, 2002), varios ensayos controlados aleatorios (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014; Mehlum et al., 2016; Santamarina-Perez et al., 2020) han demostrado la eficacia de la TDC-A en comparación con el tratamiento estándar para reducir los síntomas depresivos, las autolesiones no suicidas y la ideación suicida en esta población. La TDC-A tiene los mismos componentes que la TDC: terapia individual, grupo de entrenamiento de habilidades, coaching telefónico entre sesiones y grupo de terapeutas. Sin embargo, la TDC-A incluye algunas diferencias con respecto a la TDC original, como la reducción de la duración de un año a 12-16 semanas, la adición de un quinto módulo de habilidades ("Línea Media") e involucrar a las familias en el grupo de habilidades (Miller, 1999; Rathus & Miller, 2002).

Los investigadores han propuesto la TDC-A como una intervención preventiva y una oportunidad para influir en el entorno invalidante del adolescente (Miller et al., 2007). Investigaciones recientes (Franssens et al., 2021; Vanwoerden et al., 2021) han mostrado que los comportamientos punitivos de los padres estaban relacionados con un aumento de las características del TLP en los adolescentes, mientras que las actitudes de apoyo se asociaban con una disminución de las características del TLP. Miller y cols. (2002) propusieron que incluir a las familias en las intervenciones con adolescentes con características del TLP podría influir en la disminución de los factores de riesgo (por ejemplo, un alto nivel de conflicto) y mejorar los factores de protección (por ejemplo, calidez) del TLP. Estos autores consideraron que la TDC-A podría ayudar a los padres a desarrollar habilidades como el manejo de contingencias, la conciencia de las interacciones problemáticas y la validación de las emociones de sus hijos adolescentes. La implicación de las familias en los grupos de TDC brinda la oportunidad de desarrollar una mejor comunicación con sus familiares con TLP, nuevas habilidades para manejar los síntomas asociados al TLP y estrategias efectivas para la resolución de

problemas y el establecimiento de acuerdos (Miller et al., 2002). Las intervenciones de TDC desarrolladas con familiares de adultos con TLP (Ekdahl et al., 2014; Hoffman et al., 1999) han demostrado favorecer una comprensión menos crítica de los patrones del TLP y la mejora de la regulación emocional en las familias (Hoffman et al., 1999). Un estudio reciente (Guillén et al., 2022) comparó una intervención TDC para padres de adultos con TLP con la misma intervención de TDC pero que incluía además un componente extra de Mindfulness. Los resultados mostraron que ambas intervenciones mejoraban los niveles de actitud hacia la enfermedad, reducían la influencia de la enfermedad en sus vidas y mejoraban las habilidades de manejo en padres (Guillén et al., 2022). Además, el grupo que incluía el componente extra de Mindfulness presentaba mayor eficacia para reducir las actitudes negativas de los familiares hacia la enfermedad (Guillén et al., 2022). La inclusión de los padres en los grupos de habilidades podría ayudarles no solo a facilitar la generalización de las habilidades de los adolescentes, sino también a mejorar sus propias habilidades de regulación emocional (Woodberry et al., 2002). Por tanto, los investigadores alientan el desarrollo de intervenciones tempranas con las familias para mejorar las prácticas parentales que influyen en los síntomas del TLP.

Los adolescentes con rasgos de TLP pueden presentar dificultades en el tratamiento por la baja colaboración o motivación al cambio (Mehlum et al., 2016). Nuestro interés en este estudio es evaluar la eficacia de un grupo de habilidades de TDC-A para padres cuando los adolescentes rechazan participar en el tratamiento (por ejemplo, por falta de conciencia de sus dificultades o baja motivación para el tratamiento) o no pueden participar en él (por ejemplo, por alto riesgo suicida). Propuestas similares se han desarrollado con familiares de adultos con TLP (Hoffman et al., 1999; Rajalin et al., 2009), siendo útiles cuando los pacientes no pueden participar en la intervención. Para ello, implementamos un estudio piloto para analizar el efecto del grupo de habilidades de TDC-A con los padres de adolescentes con rasgos del TLP. Nuestro objetivo era determinar si esta intervención influía en los procesos relevantes que podrían estar contribuyendo a las características del TLP en los adolescentes. Los mecanismos que se evaluaron en este estudio fueron los estilos de crianza, las habilidades de mindfulness, la autocompasión, la sobreproducción emocional y la regulación emocional. Estas variables se analizaron tanto en padres como en hijos y fueron elegidas de acuerdo con las predicciones de la teoría biosocial (Linehan, 1993;

Lynch et al., 2006). Los estilos de crianza están relacionados con el entorno invalidante; las habilidades de mindfulness y la autocompasión están fuertemente asociados con las habilidades de conciencia y autocuidado practicadas en la TDC-A (por ejemplo, aceptación, validación, etc.) y se oponen a la crítica y el juicio. La sobreproducción emocional es la tendencia a sentir una gran variedad de emociones negativas cuando se está triste, lo que contribuye a la desregulación emocional. Evaluamos los resultados de la intervención utilizando tres indicadores diferentes: cambios pre-post grupo, tamaño del efecto y cambio clínico significativo (CCS).

Nuestro objetivo era determinar si una intervención grupal de TDC-A de 12 semanas con los padres de adolescentes con rasgos de TLP es potencialmente efectiva para mejorar los estilos de crianza, la regulación emocional, la sobreproducción emocional, la autocompasión y las habilidades de mindfulness en adolescentes y sus padres. Nuestras hipótesis fueron las siguientes:

- Hipótesis 1: El nivel estilo de crianza afectuoso será más elevado, mientras que el nivel del estilo de crianza crítico será más bajo, en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres después de la intervención y en el seguimiento a los 6 meses.
- Hipótesis 2: Las habilidades de mindfulness y los niveles de autocompasión en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres serán más altos después de la intervención y en el seguimiento a los 6 meses.
- Hipótesis 3: Los niveles de desregulación emocional y sobreproducción emocional en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres serán más bajos después de la intervención y en el seguimiento a los 6 meses.

6.2. Método.

Participantes

Participaron en la investigación siete adolescentes con características del TLP y sus padres. El diagnóstico de TLP se estableció utilizando la versión en español de la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del Eje II del*

DSM-IV (SCID-II) (First et al., 1997) para el TLP. Los diagnósticos del Eje I se evaluaron utilizando la versión en español del *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997; Ulloa et al., 2006). Un psicólogo clínico capacitado administró las entrevistas clínicas.

Todos los adolescentes tenían entre 12 y 17 años. Los criterios de inclusión fueron: cumplir con tres criterios para el TLP según DSM 5, un historial en los últimos 6 meses de intentos de suicidio o autolesiones y estar asistiendo a un servicio de salud mental. También fue un criterio para todos ellos vivir establemente con uno de sus padres. Se excluyeron a los participantes con discapacidad intelectual ($CI < 70$) o dificultades en español. Se excluyeron dos participantes; un adolescente que no completó los cuestionarios y un padre no completó la intervención. Los adolescentes restantes (80% mujeres) tenían edades comprendidas entre los 13 y 17 años ($M = 15.4$, $DT = 1.52$). La etnia fue caucásica (60%) y latina (40%).

Medidas

Se administraron los siguientes cuestionarios tanto a los padres como a los adolescentes:

-Estilos de crianza. Los estilos de crianza se midieron mediante la *Escala de Afecto* (Fuentes et al., 1999). La Escala de Afecto es una medida de autoinforme compuesta por 20 ítems y calificada mediante una escala Likert, que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). Está compuesta por dos subescalas: la escala de afecto-comunicación y la escala de crítica-rechazo. La escala de afecto-comunicación mide el nivel de calidez y comunicación de los padres en su relación con los hijos; mayores niveles en esta subescala indican un mayor afecto. La escala de crítica-rechazo evalúa el nivel de hostilidad y crítica de los padres en su relación con los hijos; menores niveles en esta subescala indican una actitud menos crítica. Los estudios de validación (Bersabé et al., 2001) de las subescalas mostraron niveles de alfa de Cronbach entre 0,60 y 0,90.

-Desregulación emocional. Para evaluar la desregulación emocional, utilizamos la versión en español de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jódar, 2008). En la versión en español, el

cuestionario consta de 28 ítems calificados en una escala Likert, que va desde 1 (casi nunca) hasta 5 (casi siempre). Evalúa la capacidad para manejar las emociones con 5 subescalas: descontrol emocional, interferencia cotidiana, desatención emocional, confusión emocional y rechazo emocional. Niveles más bajos en las subescalas indican mejoras en las habilidades. La validación española del cuestionario (Hervás & Jódar, 2008) mostró un alfa de Cronbach de 0.73 a 0.93. La escala también se ha validado en una muestra de adolescentes españoles, con alfa de Cronbach de 0.60 a 0.88 (Gómez-Simón et al., 2014).

-Sobreproducción emocional. La sobreproducción emocional se evaluó mediante la *Escala de Sobreproducción Emocional* (EOP; Hervás & Vázquez, 2011). Esta escala consta de 13 ítems calificados en una escala Likert de cinco puntos, que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre), y que evalúa la tendencia a experimentar una mayor cantidad de emociones negativas concurrentes cuando se está triste. Niveles más bajos en la escala indican una mejora en la habilidad. El estudio de validación de la escala mostró un alfa de Cronbach de 0.84.

-Habilidades de mindfulness. La variable mindfulness se midió con el *Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness* (FFMQ; 39 ítems) (Baer et al., 2008; adaptación española de Cebolla et al., 2012). Los ítems se califican en una escala Likert que va desde 1 (nunca o muy raramente) hasta 5 (muy a menudo o siempre), y puntuaciones más altas indican habilidades de mindfulness autoinformadas más altas. El cuestionario consta de cinco subescalas: observar (atender a la experiencia interna sin influirla), describir (poner la experiencia en palabras), actuar con conciencia (prestar plena atención a la experiencia presente), no juzgar (analizar la experiencia sin interpretarla) y no reaccionar (evitar actuar las respuestas provocadas por las emociones). Niveles más altos en las subescalas indican mejor manejo en las habilidades. La validación española mostró un alfa de Cronbach de 0.85.

-Autocompasión. La autocompasión se midió mediante la versión en español de la versión extensa de la *Escala de Autocompasión* (SCS) (García-Campayo et al., 2014). Es un cuestionario de 26 ítems de tipo Likert que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). En esta intervención solo utilizamos la subescala de auto-amabilidad, que implica ser amable con uno mismo cuando ocurre una situación dolorosa. Niveles más

altos en la subescala indican una mejora en la habilidad. La validación española mostró un alfa de Cronbach de 0.87.

-Aceptabilidad de la intervención. Evaluamos la aceptabilidad de la intervención en los padres mediante el *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8)* (Roberts et al., 1984). Este es un cuestionario de autoinforme que consta de ocho ítems calificados del 1 al 4. Los resultados se pueden calcular mediante la puntuación total o la media de los 8 ítems. El alfa de Cronbach de la validación española fue de 0.90. Invitamos a los participantes a completar este cuestionario de forma anónima para fomentar respuestas sinceras.

Aprobación ética

Los datos fueron recogidos entre octubre de 2016 y noviembre de 2017. El diseño de la intervención fue aprobado por el comité ético del Hospital Universitario Gregorio Marañón (Madrid, España). Realizamos la investigación de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos, y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos). Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los adolescentes y sus padres antes de completar los cuestionarios, y se explicó el propósito y la metodología de la intervención.

Procedimiento

Reclutamos a los participantes en los servicios ambulatorios de salud mental infanto-juvenil del Hospital Universitario Gregorio Marañón. Se ofreció la participación en la intervención a los padres de aquellos adolescentes con rasgos TLP que, o bien por un estado de crisis en el momento, o bien porque rechazaban participar, no se encontraban disponibles para una intervención grupal multifamiliar. Primero, se entrevistaron a los participantes para obtener el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y se llevaron a cabo las evaluaciones clínicas. Después les entregamos un paquete de cuestionarios para que los completaran en casa. No se ofreció

ninguna compensación económica a los participantes. Realizamos evaluaciones en tres momentos: antes del tratamiento, al final de la intervención y 6 meses después.

La intervención consistió en un grupo de habilidades de TDC-A dirigido a los padres de adolescentes con rasgos de TLP. El grupo estaba dirigido a enseñar los cinco módulos de habilidades propuestos por Rathus y Miller (2015): mindfulness, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, regulación emocional y línea media. Dos co-terapeutas entrenadas llevaron a cabo la terapia de grupo, una enfermera y una psiquiatra, ambas profesionales de la Unidad de Adolescentes del Hospital Universitario Gregorio Marañón, pertenecientes al grupo de trabajo ATraPA y con amplia experiencia en TDC-A. La intervención constaba de 12 sesiones semanales de 1,5 horas. La formación recibida por los terapeutas consistió en 9 meses de participación como observadores en la TDC-A, incluyendo terapia individual, terapia de grupo y grupo de terapeutas.

Análisis estadísticos

Los análisis se realizaron utilizando el paquete de software SPSS Statistics 24 para Windows (IBM Corp. Lanzado en 2016. IBM SPSS Statistics para Windows, Versión 24.0. Armonk, Nueva York: IBM Corp.). Calculamos las diferencias después de la intervención utilizando medidas no paramétricas (prueba de Wilcoxon). Para evaluar la magnitud de las posibles diferencias, estimamos un indicador de tamaño del efecto utilizando η^2 (Pallant, 2007; citado en Martínez-Arias, 2015). Para determinar el cambio clínico significativo (CCS) después de la intervención (Jacobson & Truax, 1991), calculamos la significación clínica utilizando la herramienta de Excel propuesta por Zahra (2010).

6.3. Resultados.

Las medias y desviaciones típicas de cada cuestionario en los tres momentos de medida se muestran en la Tabla 21.

Tabla 21. Medias y desviaciones típicas de las variables en cada momento de la evaluación.

	T1		T2		T3	
	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>	<i>Media</i>	<i>D.T.</i>
<i>Medidas de Adolescentes</i>						
Afecto	30	13.44	41.60	3.44	38.20	2.28
Crítica	34.75	4.79	28	3	23.60	7.40
Rechazo emocional	26.40	7.23	19.40	9.86	18.20	9.68
Interferencia cotidiana	18.20	2.49	14.80	4.21	13.40	5.59
Desatención emocional	16.60	3.44	11	5.52	13.60	2.97
Confusión emocional	17.80	2.05	14.40	4.04	13.80	5.54
Descontrol emocional	33.20	8.17	32.40	8.79	25.20	12.03
SPE	58.60	7.23	55.20	9.78	53.60	18.93
Auto-amabilidad	3.12	1.29	5.68	0.54	5.08	1.35
Observar	22.60	7.44	22.60	4.39	23.20	4.76
Describir	17.40	4.51	26	2.55	24.60	8.23
Actuar con conciencia	19.60	6.43	28.20	4.38	23.40	8.20
No juzgar	18.80	6.06	23.80	6.83	27.80	11.80
No reaccionar	15.80	4.97	20.20	7.46	19.60	7.92
<i>Medidas de los padres</i>						
Afecto	44.50	1	41.80	6.69	43	3.54
Crítica	21.25	1.71	28.20	3.11	28.20	4.38
Rechazo emocional	13.20	5.81	12.20	5.17	13	11.25
Interferencia cotidiana	10.75	6.18	7.80	4.82	8.80	6.72
Desatención emocional	16	2	16.40	2.19	17.60	1.82
Confusión emocional	10.20	2.17	8.80	0.84	8.60	1.52
Descontrol emocional	19.20	9.31	18.80	10.76	17.80	13.41
SPE	41.80	13.75	42.40	15.13	37.60	19.55
Auto-amabilidad	5.76	2.02	6.68	1.96	5.48	1.15
Observar	28	6.63	32	2.92	30.60	4.04
Describir	25.80	2.77	26	3.74	24.40	3.05
Actuar con conciencia	20.20	7.19	18	6.78	17.80	8.14
No juzgar	18.20	5.02	19	11.27	18	10.86
No reaccionar	24.40	3.65	23	5.70	23.40	1.95

Nota: D.T.= Desviación Típica; Afecto= Escala de Afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de Crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional; Auto-amabilidad= Subescala de auto-amabilidad del SCS; Observar= Subescala observar del FFMQ; Describir= Subescala describir del FFMQ; Actuar con conciencia= Subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; No reaccionar = subescala no reaccionar del FFMQ.

Resultados grupales de la intervención

Se realizaron pruebas de Wilcoxon para evaluar los posibles cambios en el grupo tras la intervención. Los resultados se muestran en la Tabla 22.

Tabla 22. Comparaciones pre-post, pre-seguimiento a los 6 meses y post-seguimiento a los 6 meses para cada variable.

	T1-T2			T1-T3			T2-T3		
	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2
<i>Medidas de Adolescentes</i>									
Afecto	-.73	.47	.26	-.73	.47	.26	-1.22	.22	.39
Crítica	-1.83	.07	.65	-1.84	.07	.65	-1.08	.28	.34
Rechazo emocional	-1.83	.07	.58	-.94	.35	.3	-.14	.89	.04
Interferencia cotidiana	-1.6	.11	.51	1.47	.14	.47	-.14	.89	.04
Desatención emocional	-1.48	.14	.47	-.94	.35	.3	-1.29	.2	.4
Confusión emocional	-1.46	.14	.46	-1.51	.13	.48	-.14	.89	.04
Descontrol emocional	-.37	.72	.12	-1.36	.18	.43	-.94	.35	.3
SPE	-1.1	.27	.35	-.41	.69	.13	-.41	.69	.13
Auto-amabilidad	-2.02	.04*	.64	-2.02	.04*	.64	-.41	.68	.13
Observar	0	1	0	-.27	.79	.09	-.41	.68	.13
Describir	-2.03	.04*	.64	-2.03	.04*	.64	-.41	.69	.13
Actuar con conciencia	-1.48	.14	.47	-1.08	.28	.34	-1.22	.22	.39
No juzgar	-.68	.5	.12	-1.76	.08	.56	-.37	.72	.12
No reaccionar	-1.1	.27	.35	-.68	.5	.21	0	1	0
<i>Medidas de los padres</i>									
Afecto	-.27	.79	.1	-.81	.41	.29	-.14	.89	.04
Crítica	-1.83	.07	.65	-1.83	.07	.65	0	1	0
Rechazo emocional	-.14	.89	.04	-.37	.72	.12	0	1	0

Interferencia									
cotidiana	- .54	.59	.19	- .54	.59	.19	- .38	.71	.12
Desatención									
emocional	- .27	.78	.09	- .07	.04*	.65	-1.07	.29	.34
Confusión									
emocional	-1.08	.28	.34	-1.09	0.27	.35	- .38	.71	.12
Descontrol									
emocional	- .27	.79	.09	- .37	.72	.12	- .41	.69	.13
SPE	- .14	.89	.04	- .41	.69	.13	- .94	.35	.3
Auto-amabilidad	- .94	.35	.3	- .41	.69	.13	-1.22	.22	.39
Observar	- .94	.35	.3	-1.11	.27	.35	- .54	.59	.17
Describir	- .68	.5	.22	- .73	.47	.23	- .74	.46	.23
Actuar con									
conciencia	- .41	.69	.13	- .37	.72	.12	- .69	.49	.22
No juzgar	- .14	.89	.04	- .68	.5	.21	- .82	.41	.26
No reaccionar	- .41	.68	.13	- .74	.46	.23	- .14	.89	.04

Note: Afecto= Ecala de Afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de Crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional; Auto-amabilidad= Subescala de auto-amabilidad del SCS; Observar= Subescala observar del FFMQ; Describir= Subescala describir del FFMQ; Actuar con conciencia= Subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; No reaccionar = subescala no reaccionar del FFMQ. *p < .05; **p < .01; En negrita cuando el tamaño del efeto $\eta^2 \geq .3$.

Encontramos diferencias estadísticamente significativas en los resultados de los adolescentes en auto-amabilidad y la habilidad de describir (mindfulness). Los tamaños de efecto más notables en las medidas de los adolescentes entre T1 y T2 fueron en el estilo de crianza crítico (.65), la autocompasión (.64) y la habilidad de describir (mindfulness) (.64). En las medidas de los padres, encontramos diferencias estadísticamente significativas en desatención emocional (subescala del DERS). Como discutiremos a continuación, algunos resultados con respecto a las puntuaciones de los padres fueron contrarios a nuestras hipótesis (por ejemplo, crítica, desatención emocional y auto-amabilidad).

Cambio Clínicamente Significativo (CCS)

En la Tabla 23 se muestran los datos de CCS en porcentajes de mejora después de la intervención y en el seguimiento de 6 meses en adolescentes y sus padres.

Tabla 23. CCS tras la intervención.

		Afecto	Crítica	Rechazo emocional	Interferencia cotidiana	Desatención emocional	Confusión emocional	Descontrol emocional	SPE	Auto-amabilidad	Observar	Describir	Actuar con conciencia	No juzgar	No reaccionar
<i>Medidas adolescentes</i>															
Fiabilidad		.9	.83	.72	.69	.49	.71	.46	.84	.87	.54	.43	.80	.77	.58
Participante	CCS														
1	T1-T2	3.49*	-2.87*	-2.59*	-4.59*	-.86	-4.48*	-2.36*	-3.67*	5.78*	-.28	.62	4.43*	2.92	0
	T1-T3	2.83*	-5.38*	.92	0	-.58	-1.28	-.47	1.47	6.39*	-.42	1.45	.25	1.70	-1.54
2	T1-T2	3.33*	1.79	-1.66	-1.53	-2.59*	.64	.82	0	1.82	-1.12	1.87	.98	3.16	.44
	T1-T3	20*	2.15	-.74	-3.57*	-1.73	-1.92	.47	3.67	2.13*	-.98	.21	-.98	-.49	1.10
3	T1-T2	-.67	-.36	-.92	-2.55*	2.30	-5.76*	.71	-1.47	2.43*	1.12	1.87	-1.23	-3.41	3.07*
	T1-T3	-.50	-5.38*	.55	1.53	2.01	1.28	-.12	2.69	1.52	1.26	.62	.49	3.16	1.10
4	T1-T2	-.33	-3.59*	-1.29	0	-4.03*	0	0	1.22	3.34*	0	1.66	1.72	1.70	-.88
	T1-T3	-.17	-1.08	-3.14*	-3.57*	-1.15	-1.28	-1.06	-4.40*	3.65*	-.42	.21	.98	1.70	-.88
5	T1-T2	4.82*	-3.95*	0	0	-2.88*	-1.28	.35	-.24	6.08*	.28	2.91*	4.67*	1.70	2.20*
	T1-T3	3.66*	-7.18*	-5.18*	-6.63*	-2.88*	-9.61*	-3.53*	-9.54*	1.22	.98	4.98*	3.93*	4.87	4.39*
Total %	T1-T2	60%	60%	20%	40%	60%	40%	20%	20%	80%	0%	20%	40%	40%	40%
	T1-T3	60%	60%	40%	60%	20%	20%	20%	40%	60%	0%	20%	20%	40%	20%
<i>Medidas padres</i>															
Fiabilidad		.78	.66	.72	.69	.49	.71	.46	.84	.87	.54	.43	.80	.77	.58
Participante	CCS														
1	T1-T2	3.02*	4.96	-4.37*	-2.47*	.99	-3.03*	-1.86	-.13	3.92*	2.04	.68	-1.54	-4.70	1.31
	T1-T3	0	4.96	-3.68*	-1.23	.99	-3.03*	-.93	.51	1.07	1.10	0	-.44	-1.76	.66
2	T1-T2	1.51	4.26	-1.84	-.41	-1.49	.61	.93	.64	.53	1.73	.34	.88	7.34*	-1.15
	T1-T3	-12.06	1.64	1.15	.82	.50	1.82	1.24	.77	2.85*	1.10	.34	.66	6.76*	-.33
3	T1-T2	0	6.38	-.46	0	-.99	-1.82	.52	1.41	-3.39	-1.10	-1.69	.44	-2.35	-1.31
	T1-T3	1.51	2.84	-1.84	0	.50	-1.21	0	.64	-3.57	0	-1.35	.22	-2.94	-.82
4	T1-T2	-3.02	1.42	-4.60*	-.41	.99	-1.21	-.52	-.77	1.60	-.16	.68	-2.42	-.29	-.33
	T1-T3	-1.51	2.13	-4.60*	-.62	.99	-2.42*	-.62	-3.34*	-1.25	.47	1.01	-3.08	-.59	0
5	T1-T2	0	4.26	-5.06*	1.03	1.49	1.21	.72	-.77	1.43	.63	.34	.22	1.17	.33
	T1-T3	22.61*	.71	-6.44*	-.21	.99	0	-.41	-1.28	-.36	-.63	-2.37	0	-1.76	-.33
Total %	T1-T2	20%	0%	60%	20%	0%	20%	0%	0%	20%	20%	0%	0%	20%	0%
	T1-T3	20%	0%	60%	0%	0%	40%	0%	20%	20%	0%	0%	0%	20%	0%

Nota:= Afecto= Ecala de Afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de Crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del DERS; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional; Auto-amabilidad= Subescala de auto-amabilidad del SCS; Observar= Subescala Observar del FFMQ; Describir= Subescala Describir del FFMQ; Actuar con conciencia= Subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar del FFMQ; No reaccionar = subescala no reaccionar del FFMQ.. *=Variable con Cambio Clínicamente Significativo

Encontramos CCS en todas las variables mostradas en la Tabla 23. El cambio más marcado para los adolescentes fue en auto-amabilidad. Un porcentaje considerable de adolescentes también experimentó un CCS en los estilos de crianza y dos habilidades de mindfulness (interferencia cotidiana y desatención emocional). El CCS más marcado en los padres fue en rechazo emocional (subescala DERS) (60%).

Aceptabilidad

Los niveles de satisfacción de la intervención se midieron con la media de los 8 ítems en el CSQ-8, en una escala del 1 al 4. Los padres informaron niveles de satisfacción entre 3.38 y 3.88 ($M= 3.63$; $DT= .24$).

6.4. Discusión.

Investigamos los cambios en los estilos de crianza, la regulación emocional, la sobreproducción emocional, la autocompasión y las habilidades de mindfulness después de una intervención piloto de un grupo de habilidades de TDC-A para padres de adolescentes con rasgos TLP. La mayoría de la investigación previa se ha centrado en determinar la eficacia de la TDC-A en la reducción de síntomas, pero la investigación sobre variables relevantes y mecanismos de cambio ha sido escasa (Mehlum et al., 2019; Rudge et al., 2020). Debido a que las diferencias individuales en las respuestas al tratamiento podrían determinar la efectividad de la intervención (Koerner, 2013), utilizamos el CCS como indicador de efectividad (Freeman et al., 2016). La intervención fue eficaz en modificar los procesos evaluados en una parte de los adolescentes con rasgos TLP. Los adolescentes reportaron mejoras en la regulación emocional, la autocompasión y parte de las habilidades de mindfulness. Además, su percepción de los estilos de crianza de sus padres fue mejor.

Los padres aumentaron la atención y aceptación de sus respuestas emocionales. Los padres que tienen dificultades para manejar sus emociones tienden a emplear prácticas educativas más punitivas y menos afectuosas hacia sus hijos (Zalewski et al., 2018). Por ello, el entrenamiento de habilidades de regulación emocional con padres puede traducirse en una mejor percepción de sus estilos educativos por parte de sus hijos. Además, esto puede repercutir en la capacidad de los hijos para regular sus

emociones. Sin embargo, los padres mostraron una percepción de su estilo parental como más crítico, aumentaron en falta de conciencia de sus emociones y empeoraron en auto-amabilidad. Este fue un resultado inesperado que podría interpretarse como un efecto adverso del tratamiento. Sin embargo, no es consistente con otros resultados de este estudio (es decir, mejoras percibidas por los adolescentes). Una explicación alternativa es que el aumento de la atención hacia sí mismos provocó un pensamiento más crítico sobre su conciencia de las emociones y su estilo de crianza. Observar sus reacciones emocionales podría hacer a los padres más conscientes de sus actitudes y considerarlas de manera más crítica, lo que podría ser positivo a largo plazo. La participación de los miembros de la familia en la formación de habilidades ayuda a mejorar entornos potencialmente invalidantes y promover la generalización de habilidades en el entorno natural (Klein & Miler, 2011). Un entorno familiar más validante y cálido podría reforzar las habilidades saludables de regulación emocional de los adolescentes (Koerner, 2013). MacPherson y cols. (2013) proponen que los beneficios de la participación de la familia en el grupo de habilidades de TDC-A podrían ser consecuencia del aumento de la validación y el manejo efectivo de las respuestas emocionales de los adolescentes. También remarcan que puede mejorar la adherencia al tratamiento. Cambiar las respuestas familiares, volviéndose más aceptantes y comprensivas, puede transformar el entorno en un ambiente más validante que podría reducir la desregulación emocional y alentar a los adolescentes a un mejor manejo de sus respuestas emocionales.

A pesar de la corta duración de la intervención (12 semanas), los cambios se mantuvieron estables después de 6 meses. Otros estudios han demostrado la duración a largo plazo de las intervenciones cortas de TDC en adolescentes (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y esto podría mejorar la adherencia al tratamiento. El grupo de habilidades para padres de TDC-A fue aceptado entre los participantes, como ocurre con la TDC en una amplia gama de diagnósticos y entornos (Hunnicut-Hollenbaugh & Lenz, 2018; Valentine et al., 2015). Los niveles de aceptación informados por los participantes fueron elevados y la retención en el tratamiento fue alta. Estos resultados están en línea con otros estudios que también encontraron que la TDC-A fue bien aceptada en adolescentes y cuidadores, basándose en la satisfacción del paciente y el porcentaje de abandonos del tratamiento (Groves et al., 2012; Tørmoen et al., 2014).

Limitaciones

Las conclusiones de este estudio piloto deben tomarse con precaución. La muestra total de la intervención podría ser insuficiente para extender las conclusiones a la población de adolescentes con características del TLP. El tamaño de muestra reducido también podría interferir en la significación de los resultados. El género de la muestra fue mayoritariamente femenino, como en la mayoría de los estudios con adolescentes con características del TLP (McCauley et al., 2018; Mehlum et al., 2014; Santamarina-Perez et al., 2020).

Otra limitación fue la falta de un grupo de control. Los resultados de la intervención no se pudieron comparar con el tratamiento habitual, y algunas variables de confusión podrían estar influyendo en los resultados. Esto significa que no podemos concluir la efectividad específica del grupo de habilidades para padres la TDC-A, ya que otros factores no controlados (ej., terapia individual de los adolescentes) podrían ser responsables de los cambios encontrados. Por último, la medida de la aceptabilidad se basó en el autoinforme de los participantes, lo que podría sesgar los resultados. Sería útil complementar esta medida con entrevistas semiestructuradas para obtener una comprensión más completa de la satisfacción de los participantes con la intervención.

Implicaciones clínicas y futuras direcciones

Los resultados preliminares del estudio respaldan la utilidad del grupo de habilidades de TDC-A para padres para mejorar factores relacionados con las características del TLP en los adolescentes. Los adolescentes con rasgos de TLP suelen ser reacios a participar en el tratamiento y los abandonos interfieren en el pronóstico de la enfermedad (Mehlum et al., 2016). Una intervención intensiva de 12 semanas de un grupo de habilidades de TDC-A con padres parece ser suficiente para modificar variables relevantes relacionadas con las características del TLP en los adolescentes, incluso si los adolescentes no participan, y también podría tener beneficios en la adherencia al tratamiento. El grupo de habilidades de TDC es una opción atractiva para los clínicos porque podría ser pragmático en entornos comunitarios, rentable y aceptado por los participantes. La relevancia de esta intervención temprana es que puede tener

consecuencias a largo plazo en algunas variables que podrían ayudar a prevenir el establecimiento del TLP.

La investigación futura debería replicar el estudio en una muestra más grande para aumentar su validez. También se debería analizar si los cambios en las variables propuestas conducen a mejoras en los síntomas clínicos como las autolesiones o ideación suicida. Los estudios futuros podrían comparar el grupo de habilidades de TDC-A para padres con un grupo de control para comprender la influencia específica de la intervención en los resultados. Por último, realizar estudios longitudinales podría determinar si el grupo de habilidades de TDC-A de corta duración solo para podría prevenir el desarrollo del TLP en la adultez o mejorar su pronóstico.

7. Estudio 4:

CAMBIOS EN ADOLESCENTES CON RASGOS DE TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD Y SUS PADRES TRAS UN GRUPO MULTIFAMILIAR DE TERAPIA DIALÉCTICO-CONDUCTUAL.

7.1. Introducción.

La TDC-A ha sido adaptada en el sistema de salud pública español (Mayoral et al., 2020). Esta adaptación incluye la misma estructura, módulos y componentes de la intervención que la versión original. Actualmente es ampliamente aplicada y aceptada por clínicos y por pacientes en las consultas ambulatorias, así como en unidades de hospitalización parcial o completa. Recientemente, la TDC-A se ha adaptado a la población general de adolescentes en el sistema escolar español (Gasol et al., 2022) y los resultados preliminares muestran buenos niveles de aceptabilidad y mejoras en la regulación emocional.

Los resultados de la TDC-A son alentadores en la reducción de síntomas del TLP. Un metaanálisis de intervenciones de TDC-A (Cook & Gorraiz, 2016) reveló que una intervención intensiva de TDC-A de 12 a 24 semanas parece ser suficiente para reducir las características del TLP, los síntomas de depresión, las autolesiones no suicidas, la ideación suicida y la desregulación emocional en adolescentes. Además, la TDC-A ha mostrado tasas de satisfacción y retención más altas en comparación con otras intervenciones efectivas en adolescentes con características del TLP, como la Terapia Basada en la Mentalización para Adolescentes (MBT-A) (Jørgensen et al., 2021; Navarro-Haro et al., 2023). Un ensayo controlado aleatorio comparó la TDC-A con el tratamiento habitual más sesiones grupales (TAU+GS) en población adolescente española (Santamarina-Perez et al., 2020). Los resultados mostraron que la TDC-A fue superior en la reducción de las autolesiones no suicidas y la mejora del funcionamiento global.

El grupo de entrenamiento de habilidades es un componente clave del tratamiento de la TDC-A. Esta modalidad se enfoca en enseñar nuevas estrategias para manejar las emociones de manera efectiva. Una revisión sistemática (Valentine et al., 2015) encontró que una intervención de grupo de habilidades TDC por sí solo era efectiva y aceptada en una amplia gama de diagnósticos y entornos. Los investigadores han demostrado que la intervención de entrenamiento de habilidades de TDC por sí sola es efectiva en adultos diagnosticados con depresión (Blackford & Love, 2011; Feldman et al., 2009; Harley et al., 2008), TLP (Soler et al., 2009) y adolescentes con trastorno

oposicionista desafiante (Nelson-Gray et al., 2006). Además, la intervención grupal de entrenamiento de habilidades ha demostrado ser efectiva en la disminución de la desregulación emocional en adultos con TLP (Neacsiu et al., 2010).

Hay una tendencia a incluir a los familiares en el tratamiento de adolescentes con características de TLP (Hoffman et al., 2005; Miller & Skerven, 2017) y estas intervenciones se proponen como un enfoque preventivo que pretende modificar el entorno invalidante. La participación de los padres en los grupos de TDC-A fomenta que sus hijos practiquen y apliquen las habilidades aprendidas en situaciones de crisis en sus vidas reales (Miller et al., 2006). Además, algunos autores destacan el papel de los padres para gestionar sus propias respuestas emocionales como modelos de estrategias de regulación en sus hijos (Buckholdt et al., 2010; Cui et al., 2021; Morelen et al., 2016). Holmqvist-Larsson y cols. (2019) implementaron grupos de habilidades de regulación emocional para adolescentes con diversos diagnósticos y sus padres. Después de la intervención, tanto los adolescentes como los padres mostraron mejoras en los niveles de regulación emocional. Además, un estudio reciente (Marco et al., 2023) respalda la idea de que los grupos de TDC-A con cuidadores son efectivos para mejorar la regulación emocional en los adolescentes con rasgos de TLP, incluso si estos no participan en la intervención.

En este estudio aplicamos un grupo de habilidades TDC-A de 12 semanas en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres. La breve duración de la intervención y la supresión de los otros componentes de la TDC (por ejemplo, terapia individual, coaching telefónico, etc.) podrían ser rentables y más fáciles de implementar en el sistema de salud pública español. Los estudios de la efectividad de la TDC en adolescentes suelen tener como objetivo examinar síntomas clínicos como la depresión, las autolesiones y los intentos de suicidio. No obstante, varios autores han propuesto la necesidad de comprender las formas en que operan los tratamientos y sugieren la necesidad de evaluar la influencia de los mecanismos de cambio de la TDC en los resultados de las intervenciones (Berk et al., 2020; Cook & Gorraiz, 2016; Mehlum et al., 2019). Por ello, propusimos probar si la intervención puede influir en los mecanismos que podrían estar fomentando los síntomas del TLP. Los procesos relevantes propuestos en este estudio son los estilos de crianza y la regulación emocional. Estas variables se eligieron debido a su relación con el TLP según la teoría

biosocial (Linehan, 1993; Lynch et al., 2006). Además, se ha identificado la regulación emocional como uno de los mecanismos involucrados en las mejoras en los síntomas después de la TDC-A (Asarnow et al., 2021; Dibaj et al., 2023; Gratz et al., 2015; Rudge et al., 2020). Evaluamos los resultados de las intervenciones utilizando tres indicadores diferentes: medidas pre-post de grupo, tamaño del efecto y Cambio Clínico Significativo (CCS).

Nuestro objetivo era determinar si una intervención de grupo multifamiliar de TDC-A de 12 semanas es efectiva para mejorar los estilos de crianza y la desregulación emocional en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres. Las hipótesis fueron las siguientes:

- Hipótesis 1: El estilo de crianza afectuoso será más común, mientras que el estilo de crianza crítico será menos común en los adolescentes con rasgos de TLP y sus padres después de la intervención y a los 6 meses de seguimiento.
- Hipótesis 2: Los niveles de desregulación emocional en los adolescentes con rasgos de TLP y sus padres serán más bajos después de la intervención y a los 6 meses de seguimiento.

7.2. Método.

Participantes

Catorce adolescentes con características de TLP y sus padres participaron en esta intervención. Todos los adolescentes tenían entre 12 y 17 años. También fue un criterio que convivieran con el progenitor que participaba en la intervención. Los criterios de inclusión fueron: cumplir con tres criterios de TLP según DSM 5 (por ejemplo, impulsividad y comportamiento arriesgado, inestabilidad emocional, sentimientos de vacío, etc.), antecedentes de intentos de suicidio o autolesiones en los últimos 6 meses y estar asistiendo a un servicio de salud mental. Se excluyeron participantes con discapacidad intelectual ($CI < 70$) o dificultades con el español. Tres participantes no completaron la intervención. Los participantes restantes (81.82%

mujeres) tenían edades comprendidas entre los 14 y los 17 años ($M = 15.55$, $DT = 0.82$). Los padres de los adolescentes restantes eran 10 madres y un padre. Solo uno de los progenitores por cada adolescente participaba en la intervención y debía ser siempre el mismo para todas las sesiones.

Medidas

-Diagnóstico. Las características de TLP en los adolescentes se evaluaron utilizando la versión en español de la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV Eje II* (SCID-II) (First et al., 1997) módulo para el TLP. Esta entrevista es válida para medir los trastornos de personalidad en adolescentes (Salbach-Andrae, Bürger et al., 2008) y no se realizaron adaptaciones. Los diagnósticos del Eje I en adolescentes se evaluaron mediante la versión en español del *Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version* (K-SADS-PL) (Kaufman et al., 1997; Ulloa et al., 2006).

-Estilo de crianza. Los estilos de crianza se midieron mediante la *Escala de Afecto* (Fuentes et al., 1999). La Escala de Afecto es una medida de autoinforme compuesta por 20 ítems y utiliza una escala de Likert, desde 1 (nunca) a 5 (siempre), y está compuesta por dos subescalas: la escala de afecto-comunicación y la escala de crítica-rechazo. Esta escala tiene dos versiones, una para padres y otra para niños. Las medidas fueron evaluadas en adolescentes y cuidadores. La escala de afecto-comunicación mide el nivel de calidez y comunicación de los padres en su relación con los hijos; la escala de crítica-rechazo evalúa el nivel de hostilidad y crítica de los padres en su relación con los hijos. Los estudios de validación (Bersabé et al., 2001) de las subescalas mostraron niveles de alfa de Cronbach entre 0.60 y 0.90.

-Dificultades de regulación emocional. Para evaluar la desregulación emocional, utilizamos la versión en español de la *Escala de Dificultades en la Regulación Emocional* (DERS; Gratz & Roemer, 2004; Hervás & Jódar, 2008). En la versión en español, el cuestionario consta de 28 ítems evaluados en una escala de Likert, que va de 1 (casi nunca) a 5 (casi siempre). Analiza la capacidad para manejar las emociones con 5 subescalas: rechazo emocional, interferencia, descontrol emocional, desatención emocional y confusión emocional. El cuestionario fue completado por padres y

adolescentes. Niveles más bajos en las subescalas indican mejoras en las habilidades. La validación en español de la prueba (Hervás & Jódar, 2008) mostró un alfa de Cronbach de 0.73 a 0.93. La escala también se ha validado en una muestra de adolescentes españoles, con alfas de Cronbach de 0.60 a 0.88 (Gómez-Simón et al., 2014).

-Aceptabilidad. Evaluamos la aceptabilidad de la intervención utilizando el *Cuestionario de Satisfacción del Cliente (CSQ-8)* (Roberts et al., 1984). Esta es una medida de autoinforme que consta de ocho ítems evaluados con una escala Likert de 1 a 4. Los resultados se pueden calcular mediante la puntuación total o la media de los 8 ítems. El alfa de Cronbach de la validación en español fue de .90. Invitamos a los participantes a completar este cuestionario de forma anónima para fomentar respuestas sinceras. La aceptabilidad se evaluó tanto en padres como en adolescentes.

Aprobación ética

Los datos fueron recogidos entre los meses de septiembre de 2018 y diciembre de 2019. El diseño de la intervención fue revisado por el comité ético del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida (Lleida, España). La investigación se llevó a cabo de acuerdo con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento General de Protección de Datos). Explicamos el propósito y la metodología de la intervención y obtuvimos el consentimiento informado por escrito de los participantes y sus padres antes de completar los cuestionarios.

Procedimiento

Reclutamos a los participantes de los servicios de salud mental ambulatorios en el Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida. La participación en la intervención se ofrecía a aquellos adolescentes con rasgos TLP que asistían al programa específico de autolesiones y riesgo suicida y que mostraban en el momento un estado de estabilidad suficiente para participar en una intervención grupal. Un psicólogo clínico realizó una entrevista con los participantes y sus padres para obtener el consentimiento informado, los datos sociodemográficos y las evaluaciones clínicas. Los adolescentes y los padres

completaron los cuestionarios en sus casas. No se ofreció ninguna compensación económica a los participantes.

Tras ello, implementamos una intervención de grupo multifamiliar de habilidades TDC-A para adolescentes con rasgos de TLP y sus padres. El objetivo de la intervención fue enseñar y practicar los cinco módulos de habilidades propuestos por Rathus & Miller (2015): mindfulness, tolerancia al malestar, efectividad interpersonal, regulación emocional y línea media. La intervención consistió en 12 sesiones semanales de 1,5 horas y fue dirigida por dos psicólogos clínicos entrenados. En total, se llevaron a cabo tres grupos, y el tamaño de cada grupo fue de 4-5 familias (8-10 individuos). Dos coterapeutas entrenados realizaron la intervención grupal, ambos eran psicólogos clínicos que habían recibido entrenamiento de TDC-A en sus formaciones como Psicólogos Internos Residentes, uno de ellos durante 3 meses en el Hospital Clínic de Barcelona, y el otro durante un año en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

Análisis estadísticos

Los análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete de software SPSS Statistics 24 para Windows (IBM Corp. Released 2016. IBM SPSS Statistics for Windows, Versión 24.0. Armonk, NY: IBM Corp.). Calculamos las diferencias después de la intervención utilizando medidas no paramétricas (prueba de Wilcoxon). Para evaluar la magnitud de las posibles diferencias, estimamos un indicador de tamaño del efecto utilizando η^2 (Pallant, 2007; citado en Martínez-Arias, 2015). Para determinar el CCS después de la intervención (Jacobson & Truax, 1991), calculamos la significación clínica utilizando la herramienta de Excel propuesta por Zahra (2010).

7.3. Resultados.

Las medias y desviaciones típicas en cada momento de la evaluación se muestran en la Tabla 24.

Tabla 24. Medias y desviaciones típicas de las variables en los tres momentos de evaluación (pre-post-seguimiento).

	T1		T2		T3	
	Media	DT	Media	DT	Media	DT
<i>Medidas de adolescentes</i>						
Afecto	31.09	4.21	34.60	12.09	36	12.75
Crítica	29.18	7.95	29.30	6.52	25.29	11.07
Rechazo emocional	25.18	6.15	22.80	10.56	22.43	8.22
Interferencia cotidiana	15.55	3.45	16.90	3.11	17	3.46
Desatención emocional	11.45	2.38	13.20	4.10	11.43	4.72
Confusión emocional	13.18	2.71	11.60	3.69	10.29	4.23
Descontrol emocional	36.27	6.26	34.60	9.47	32.71	7.59
<i>Medidas de los padres</i>						
Afecto	31.36	2.01	42.64	5.07	41.14	7.24
Crítica	30.64	2.98	23.18	2.96	27.57	2.64
Rechazo emocional	16.45	3.33	17	7.50	14.86	4.88
Interferencia cotidiana	8.27	3.23	9.20	2.53	10.14	1.86
Desatención emocional	11.91	2.34	13.45	3.83	14.71	4.15
Confusión emocional	9.45	3.01	8.64	1.21	10.14	2.85
Descontrol emocional	18.82	5.46	18.27	5.93	19	4.32

Nota: DT= Desviación Típica; Afecto= Escala de Afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de Crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del DERS; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS.

Resultados del grupo de intervención

Para evaluar posibles cambios después de la intervención, realizamos pruebas de Wilcoxon y calculamos el tamaño del efecto. Los resultados se muestran en la Tabla 25.

Tabla 25. Comparaciones pre-post, pre-seguimiento a los 6 meses y post-seguimiento a los 6 meses para cada variable.

	T1-T2			T1-T3			T2-T3		
	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2	<i>z</i>	<i>p</i>	η^2
<i>Medidas de adolescentes</i>									
Afecto	-1.17	.24	.26	-1.35	.18	.36	-.25	.80	.07
Crítica	-.15	8.88	.03	-.32	.75	.08	-1.44	.15	.38
Rechazo emocional	-.97	.33	.22	-1.48	.14	.40	-.11	.92	.03
Interferencia cotidiana	-1.68	.92	.38	-1.19	.24	.32	-1.09	.28	.29
Desatención emocional	-1.38	.17	.29	-.31	.75	.08	-.51	.61	.14
Confusión emocional	-.92	.36	.21	-1.28	.2	.34	-.60	.55	.16

Descontrol emocional	-.51	.61	.11	-1.59	.11	.43	-.59	.55	.16
<i>Medidas de los padres</i>									
Afecto	-2.81	.005*	.60	-2.2	.28	.59	-1.51	.89	.40
Crítica	-2.93	.003*	.63	-1.05	.29	.28	-2.38	.02	.63
Rechazo emocional	-.05	.96	.01	-1.58	.11	.42	-.54	.59	.41
Interferencia cotidiana	-1.24	.22	.28	-1.59	.11	.43	0	1	0
Desatención emocional	-1.07	.28	.23	-1.36	.17	.36	0	1	0
Confusión emocional	-1.27	.2	.27	-1.08	.28	.29	-1.13	.25	.30
Descontrol emocional	-.54	.59	.11	-1.16	.25	.31	-.14	.89	.04

Nota: Afecto= Escala de Afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de Crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del DERS; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS. * $p < .05$; ** $p < .01$; en negrita cuando el tamaño del efecto $\eta^2 \geq .3$.

Encontramos mejoras en las subescalas de afecto y crítica en los estilos de crianza en los adolescentes y los padres. En los padres, los cambios fueron estadísticamente significativos y estuvieron presentes después del tratamiento, mientras que en los adolescentes, los cambios no fueron estadísticamente significativos y aparecieron 6 meses después del tratamiento. En las medidas del DERS, los adolescentes mostraron mejoras en el rechazo de las respuestas emocionales, pero estos cambios no se mantuvieron en el seguimiento de 6 meses. Los adolescentes mejoraron las medidas de confusión emocional y descontrol emocional 6 meses después del tratamiento. Sin embargo, la desatención emocional y los resultados en interferencia cotidiana en los adolescentes empeoraron después del tratamiento. Casi todas las medidas de DERS en los padres mostraron un deterioro tras la intervención. Solo la subescala de rechazo emocional mejoró en padres en el seguimiento de 6 meses.

Cambio Clínico Significativo

Los datos de Cambio Clínico Significativo (CCS) se muestran en la Tabla 26 en porcentajes de mejora después de la intervención y el seguimiento de 6 meses.

Tabla 26. CCS tras la intervención.

<i>Adolescentes</i>														
Medidas	Fiabilidad	CCS	Participante											Total %
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Afecto	.9	T1-T2	12.75*	2.66*	-6.91	4.25*	1.06	1.59	9.03*	-9.56	3.72*	2.66*	3.19*	63.64%
		T1-T3	13.28*	6.38*	-10.1	.53	1.59	0	1.59	-1.59	1.06	5.84*	2.13*	36.36%
Crítica	.83	T1-T2	-1.08	-2.84*	5.39	-2.8*	1.29	.43	-2.8*	3.67	-.65	-1.73	1.51	27.27%
		T1-T3	-4.31*	-4.31*	6.69	-.22	.65	.86	-.43	-.22	0	-4.1*	.43	27.27%
Rechazo emocional	.72	T1-T2	-.87	-.87	.65	-1.52	1.3	.87	2.83	-1.74	-.65	-2.39*	-.65	9.1%
		T1-T3	0	0	.65	-.87	-1.96	1.09	-.44	-.65	-1.74	-.87	-.44	0%
Interferencia cotidiana	.69	T1-T2	.74	.37	0	.74	0	.37	1.1	2.58	1.84	.37	.74	0%
		T1-T3	-.37	1.84	0	.74	.37	1.1	-.37	.74	2.21	.37	-.37	0%
Desatención emocional	.49	T1-T2	2.91	1.25	2.91	1.66	-.42	-.42	1.25	-.42	-.42	-2.5*	.83	9.1%
		T1-T3	1.66	-.42	-3.74*	.42	-.83	-.42	-.83	-.42	-1.25	0	3.33	9.1%
Confusión emocional	.71	T1-T2	-.49	-1.45	-1.94	-2.42*	1.94	-.97	3.39	.49	-1.94	-.97	-.97	9.1%
		T1-T3	-1.45	-2.42*	-3.88*	-1.45	2.42	-.97	3.39	-.49	-1.45	-1.45	-.97	18.18%
Descontrol emocional	.46	T1-T2	-.46	-1.08	-.31	.77	.31	-.31	2.15	.62	-.46	-1.69	-1.23	0%
		T1-T3	-1.23	.46	0	.46	-1.23	-.62	.46	.15	-.31	-1.23	-.31	0%
<i>Padres</i>														
Afecto	.78	T1-T2	11.25*	6.75*	0	6*	12*	10.5*	12*	6.75*	11.25*	9.75*	6.75*	90.91%
		T1-T3	11.25*	6.75*	-4.5	1.5	11.25*	1.5	0	-0.75	9.75*	10.5*	6*	54.55%
Crítica	.66	T1-T2	-1.62	-.81	-.81	-3.26*	-4.07*	-3.66*	-5.7*	-2.85*	-5.7*	-4.48*	-.41	63.64%
		T1-T3	1.22	-.41	0	-.41	-1.22	-.81	-.81	1.22	-3.26*	-3.66*	.81	18.18%
Rechazo emocional	.72	T1-T2	0	-2.01*	-1.2	4.82	-2.01*	4.01	4.01	-.4	-2.01*	.8	-4.01*	36.36%
		T1-T3	.4	-2.01*	0	.4	-1.61	1.2	-.4	.8	-2.41*	-2.41*	.4	27.27%
Interferencia cotidiana	.69	T1-T2	0	1.57	-1.18	-.79	1.97	-.79	1.57	-.79	1.18	-.79	1.57	0%
		T1-T3	.34	1.57	0	-.79	1.18	-1.18	.79	0	1.18	-1.18	1.57	0%
Desatención emocional	.49	T1-T2	.85	1.69	0	1.69	3.39	-2.96*	-1.69	1.27	3.81	-.85	0	9.1%
		T1-T3	-.42	1.69	-.42	-.42	3.39	-.42	-.85	.42	3.81	-.42	1.27	0%

Confusión emocional	.71	T1-T2	-.87	0	-1.75	.87	-.87	0	.44	.44	-.44	-1.75	0	0%
		T1-T3	-.87	0	-1.75	0	-1.31	.44	0	.44	0	.87	.44	0%
Descontrol emocional	.46	T1-T2	0	0	-1.94	1.06	-.18	1.41	-.18	-.35	-.18	1.41	-2.12*	9.1%
		T1-T3	-.35	0	-1.06	.35	.35	.71	-.18	-.71	-.18	.18	-1.94	0%

Nota: Afecto= Ecala de afecto (estilos parentales); Crítica= Escala de crítica (estilos parentales); Rechazo emocional: subescala rechazo emocional del DERS; Interferencia cotidiana= subescala interferencia cotidiana del DERS; Desatención emocional= subescala de desatención emocional del DERS; Confusión emocional= subescala confusión emocional del DERS; Descontrol emocional= subescala descontrol emocional del DERS.

*= Cambio Clínicamente Significativo.

El 80% de los adolescentes y el 90% de los padres mejoraron sus puntuaciones en afecto (estilos parentales) después de la intervención. En la subescala de crítica, el 70% de los adolescentes y el 90% de los padres mejoraron después de la intervención. En la subescala de rechazo (DERS), el 40% de los adolescentes y el 60% de los padres mejoraron después de la intervención. En las subescalas de confusión emocional y descontrol emocional, el 30% de los adolescentes mejoraron después de la intervención. En la subescala de desatención emocional, el 30% de los adolescentes empeoraron después de la intervención, mientras que en la subescala de interferencia cotidiana el 40% de los adolescentes empeoraron después de la intervención.

Aceptabilidad

Los niveles de satisfacción con la intervención se midieron con la media de los 8 ítems en la CSQ-8, en una escala del 1 al 4. Los adolescentes reportaron niveles de satisfacción entre 3 y 4 ($M = 3.72$; $DT = 0.29$), mientras que los cuidadores informaron puntuaciones entre 3.13 y 4 ($M = 3.71$; $DT = 0.30$).

7.4. Discusión.

El propósito de la intervención era determinar si un grupo de habilidades multifamiliares de TDC-A de 12 sesiones mejoraría los estilos de crianza y los niveles de regulación emocional en adolescentes con rasgos de TLP y sus padres. El tratamiento modificó parcialmente los procesos evaluados. Los estilos de crianza experimentaron una mejora en adolescentes y padres; mientras que los resultados en la regulación emocional fueron mixtos.

Padres

Los progenitores experimentaron cambios en los estilos de crianza, tanto en la expresión de afecto como en la crítica. Después de la intervención, los padres percibieron su crianza como más cálida y validante y menos hostil y punitiva. Las mejoras en el seguimiento se mantuvieron a los 6 meses solo en la percepción de su estilo de crianza como más afectuoso. La mejora en los estilos de crianza puede influir en los entornos

potencialmente invalidantes y reducir el riesgo del establecimiento del TLP en los hijos (Klein & Miler, 2011; Koerner, 2013).

La regulación emocional en los cuidadores experimentó un deterioro después del tratamiento. Estos resultados inesperados van en contra de la literatura previa, que demuestra que la inclusión de los padres en grupos de habilidades podría mejorar sus propias habilidades de regulación emocional (Berk et al., 2020; Woodberry & Popenoe, 2008). La investigación con familias de adultos con TLP muestra beneficios en la regulación emocional en padres tras su participación en el tratamiento (Ekdahl et al., 2014; Hoffman et al., 1999; Rajalin et al., 2009). Una posible explicación de los resultados de nuestro estudio es que los cuidadores se vuelvan más conscientes sobre sus dificultades de regulación y evalúen sus respuestas de manera más crítica. Sin embargo, es posible que la duración de la intervención sea insuficiente para mejorar las habilidades de regulación emocional en los padres. En nuestro estudio, los padres solo mejoraron en su capacidad para aceptar respuestas emocionales. Zalewski y cols. (2018) propusieron una que la regulación emocional de los padres se relacionaba con sus habilidades de crianza. Sin embargo, nuestros resultados no confirmaron esta idea. En nuestro estudio, los padres en mejoraron sus estilos de crianza, pero empeoraron sus habilidades de regulación emocional. Por tanto, se necesitan otros estudios que analicen la relación entre la regulación emocional de los padres y sus estilos de crianza.

Adolescentes

Los adolescentes también mostraron mejoras en su percepción de los estilos de crianza después del tratamiento, pero estas mejoras se hicieron evidentes en el seguimiento de 6 meses. Esto podría indicar que los adolescentes necesitan tiempo para procesar y aplicar las habilidades aprendidas en el grupo de TDC-A en sus relaciones familiares. Su percepción del estilo de comunicación de sus padres fue más cálida y menos hostil 6 meses después de la intervención, lo que podría significar que el estilo de crianza de los padres experimentó un cambio real que pudo ser percibido por los adolescentes, o que la interpretación del estilo educativo de los padres por parte de los adolescentes experimentó un cambio. Una percepción de un entorno familiar más cálido y menos crítico podría influir en el estado emocional de los adolescentes y prevenir el establecimiento de una desregulación emocional crónica (Linehan, 1993).

Los resultados también muestran mejoras en algunas medidas de desregulación emocional en los adolescentes después de la intervención, pero no en todas. Los adolescentes mostraron mejores niveles de claridad emocional, aceptación y control de impulsos después de la intervención. Las mejoras en la regulación emocional podrían ser un mediador potencial de los resultados de la TDC (Kramer et al., 2020; Rudge et al., 2020). Algunas medidas, como la desatención emocional y la interferencia cotidiana empeoraron después del tratamiento. Estos resultados podrían sugerir que la TDC-A puede tener un impacto selectivo en la regulación emocional de los adolescentes, mejorando ciertos aspectos mientras empeoran otros. Los adolescentes fueron menos habilidosos para identificar sus emociones e interfirieron más en la vida diaria después del tratamiento. Estos resultados no coincidieron con otros estudios como el de Neasciu y cols. (2010), quienes encontraron que una intervención de entrenamiento en habilidades de TDC fue efectiva para disminuir la desregulación emocional. Una posible explicación es que los adolescentes se volvieron más críticos sobre estas habilidades después del tratamiento y las valorasen de manera más crítica. Sin embargo, también podría ser que la duración de la intervención no fuera suficiente para promover cambios en estos procesos.

Aceptabilidad del tratamiento

Los cuidadores y adolescentes mostraron niveles considerablemente altos de satisfacción con la intervención y la retención en el tratamiento fue alta. El grupo de habilidades de TDC-A como intervención independiente fue aceptado entre los participantes, como ocurre en una amplia gama de diagnósticos y entornos (Hunnicut-Hollenbaugh & Lenz, 2018; Valentine et al., 2015). Estos resultados están en línea con otros estudios que también encontraron que TDC-A es un tratamiento bien aceptado en adolescentes y padres, basándose en las medidas de satisfacción del paciente y la adherencia al tratamiento (Groves et al., 2012; Tørmoen et al., 2016). Otros estudios han demostrado que intervenciones de corta duración de TDC en adolescentes logran efectos a largo plazo (Fleischhaker et al., 2011; Mehlum et al., 2016; Mehlum et al., 2019) y que mejoran la adherencia al tratamiento. También la participación de miembros de la familia podría ser útil para reforzar el cumplimiento del tratamiento (MacPherson et al., 2013).

Limitaciones

Este estudio tiene varias limitaciones. En primer lugar, el tamaño de la muestra es pequeño, lo que dificulta la generalización de los resultados. Además, no incluimos un grupo de control, por lo que no podemos determinar si los cambios observados se deben a la intervención de TDC-A o a otros factores. Los cambios en las medidas de desregulación emocional fueron mixtos y no siempre consistentes con las expectativas, lo que sugiere que la intervención puede tener un impacto selectivo en diferentes aspectos de la regulación emocional o que la duración de la intervención fuera insuficiente para generar los cambios deseados en las variables estudiadas. Además, la falta de una línea de base pre-intervención dificulta la interpretación de los resultados. Por último, la medida de la aceptabilidad se basó en el autoinforme de los participantes, lo que podría sesgar los resultados, por lo que sería útil complementar esta medida con entrevistas semiestructuradas.

Implicaciones clínicas y futuras direcciones

El grupo multifamiliar de habilidades de TDC-A se plantea como un tratamiento de elevado interés para el abordaje precoz del TLP en la adolescencia, donde tanto adolescentes como sus padres pueden resultar beneficiados de la intervención. Una intervención intensiva de 12 semanas en un grupo de habilidades de TDC-A parece ser suficiente para modificar los estilos de crianza relacionados con rasgos de TLP en adolescentes. El grupo de habilidades de TDC-A es un recurso útil para su aplicación entornos comunitarios, ya que es eficaz, rentable y aceptado por los participantes. La relevancia de esta intervención temprana basada en el grupo de habilidades de TDC-A es que puede tener consecuencias a largo plazo en algunos procesos que podrían ayudar a prevenir el establecimiento de TLP.

Investigaciones futuras deberán replicar el estudio en una muestra más amplia para aumentar la validez de los resultados. Las investigaciones que incluyan medidas de síntomas clínicos como autolesiones o rasgos de TLP podrán aumentar el conocimiento acerca de si los cambios en estos mecanismos están relacionados con mejoras en los síntomas. Estudios futuros podrían comparar el grupo de habilidades de TDC-A con un grupo de control para comprender la influencia específica de la intervención en los resultados del tratamiento. Estudios longitudinales podrían determinar si las

intervenciones breves de grupo de habilidades de TDC-A en la adolescencia previenen el desarrollo de TLP en la edad adulta. Finalmente, la investigación futura debería estudiar los efectos transaccionales entre la regulación emocional en padres y adolescentes, probando las relaciones entre la regulación emocional y la crianza, y si las mejoras en la regulación emocional en los padres podrían influir en las habilidades de regulación emocional en los adolescentes.

8. *Discusión general.*

Discusión general.

El compendio de estudios presentados en este trabajo pretende aumentar el conocimiento acerca de las variables que se relacionan con el TLP en la adolescencia, así como evaluar si las intervenciones actualmente más efectivas logran modificar estos factores. Identificar estas variables en una etapa del desarrollo donde todavía se pueden modificar es clave para la orientación de las intervenciones preventivas del TLP en adolescentes. Conociendo estos factores y su maleabilidad, se pueden diseñar tratamientos para intervenir sobre ellos. Además, analizar la eficacia de las intervenciones disponibles en la modificación de estas variables permite a los clínicos e investigadores entender mejor los mecanismos de cambio implicados en la intervención. Los mecanismos propuestos en nuestra investigación son variables ampliamente aceptadas como relevantes en el origen del TLP, como la desregulación emocional o el ambiente familiar. La TDC sitúa su objetivo de tratamiento en el logro de la regulación emocional (Linehan, 1993a), y para ello utiliza, entre otros elementos, la enseñanza de nuevas habilidades de regulación emocional en su formato grupal.

El primer estudio analiza la influencia del funcionamiento familiar en la ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP. El suicidio es la complicación más grave del TLP, tanto en adultos como en adolescentes, y es el principal objetivo de las intervenciones dirigidas al TLP, como por ejemplo, la TDC-A. Los resultados de nuestro estudio mostraron que niveles menores de expresión dentro de la familia se asociaban con mayor ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP. La baja comunicación en la familia podría estar relacionada con la libertad para expresar sentimientos, de manera que las expresiones emocionales hubieran sido castigadas o ignoradas, reduciendo el nivel de comunicación familiar. Por otro lado, el ocio compartido en la familia se asociaba con menor ideación de suicidio, por lo que promover actividades de disfrute y conexión entre los miembros de la familia podría ser un factor protector importante para promover de cara a prevenir el riesgo de suicidio en los adolescentes con rasgos TLP.

El segundo estudio realizado compara las diferencias que adolescentes con rasgos de TLP y sus padres presentan respecto a adolescentes sanos y sus padres en las variables de regulación emocional, mindfulness y estilos de crianza. En consonancia con las teorías

vigentes, los niveles de totales de desregulación emocional fueron mayores en adolescentes con rasgos de TLP que en adolescentes sanos. Además, los adolescentes con rasgos de TLP valoraban los estilos de crianza de sus padres de manera más peyorativa que el grupo de adolescentes sanos: percibieron a sus padres como menos cálidos y más críticos. Estos resultados son coherentes con un estudio reciente realizado en población no clínica adolescente, que encontró que los participantes con rasgos TLP mostraban niveles más elevados de autolesiones, riesgo suicida, desregulación emocional y peor funcionamiento familiar que los adolescentes sin rasgos TLP (Marrero et al., 2023). Nuestra investigación concluye que un estilo familiar poco afectuoso y más crítico puede favorecer la aparición de rasgos de TLP. En consonancia con nuestros resultados, Bennett y cols. (2019) concluyeron que los adolescentes con TLP perciben que sus padres responden a sus emociones negativas con menos apoyo y más castigo que los adolescentes del grupo control. En este estudio, las medidas fueron administradas tanto a padres como a hijos, demostrando que es la percepción de invalidación por parte los hijos (y no la de los padres) la que se relaciona con los síntomas de TLP (Bennett et al., 2019).

Otro estudio reciente con 270 adolescentes de población no clínica estudió la relación entre las prácticas parentales negativas (control, rechazo y caos) y los síntomas de TLP (Armour et al., 2023). Los síntomas de TLP en adolescentes se relacionaban con mayores niveles de control, rechazo y caos en el estilo parental (Armour et al., 2023). Además, las diferentes subdimensiones evaluadas afectaban diferencialmente a los síntomas de TLP: mientras que las prácticas parentales caóticas favorecían la desregulación emocional y la impulsividad en los hijos, la baja consistencia y falta de coherencia y límites en los padres dificultaría el autocontrol de la conducta y el manejo emocional de los hijos. Por otro lado, las actitudes de control de los padres influirían en una mayor impulsividad y una actitud de desconfianza con el entorno. De esta manera, un control excesivo dificultaría el desarrollo de estrategias de autocontrol propias, al no tener la oportunidad para poder desarrollarlo por sí mismos. Además, generaría una actitud de alerta y suspicacia en las relaciones interpersonales, ya que el entorno no habría reflejado esta confianza en ellos. Por último, las actitudes de rechazo de los padres se relacionarían con la inestabilidad en las relaciones personales y en la autoimagen. El sentimiento de rechazo dificultaría el desarrollo de una identidad estable y generaría dificultades para establecer relaciones interpersonales (Armour et al., 2023).

Por otro lado, los adolescentes con TLP presentaron peores niveles de habilidades de mindfulness y de regulación emocional que el grupo control. Los adolescentes con TLP tienen menor capacidad para atender a sus estados internos, los juzgan de manera habitual y tienen más dificultades para poner nombre a sus emociones. También presentaban mayor nivel de descontrol emocional e interferencia de sus estados emocionales en la consecución de sus objetivos. La dificultad para manejar adecuadamente sus estados emocionales generaba un mayor grado de actuaciones impulsivas y una afectación importante a su vida cotidiana. No obstante, las variables que predijeron la pertenencia al grupo de TLP o al grupo de controles sanos fueron dos habilidades de mindfulness: no juzgar y describir. Estas variables se refieren a la capacidad para poder poner palabras de manera objetiva a la experiencia interna, reduciendo las valoraciones e interpretaciones que pueden tener connotaciones peyorativas que favorecen la reactividad emocional. Por tanto, el estudio destaca la relevancia de las variables de mindfulness en los adolescentes con TLP, planteando las habilidades de describir y no juzgar como mecanismos de gran importancia asociado con el TLP en la adolescencia.

Estos resultados concuerdan con los encontrados en estudios con población adulta. Krantz y cols. (2018) llevaron a cabo un estudio donde evaluaban una intervención grupal TDC de 20 semanas con pacientes adultos con TLP. Estos investigadores evaluaron los resultados de la intervención en la reducción de autolesiones no suicidas y el efecto en las facetas de mindfulness. Los resultados mostraron que la eficacia de la intervención en la reducción de las autolesiones estaba mediada por un aumento en la faceta de no juzgar (Krantz et al., 2018), lo que destaca el efecto de la TDC en esta habilidad, y su importancia en los resultados positivos de la intervención. En otro estudio, Salgó y cols. (2021) compararon las variables de regulación emocional, mindfulness y autocompasión en un grupo de adultos con TLP y un grupo control. Además, emplearon los mismos instrumentos que en nuestro estudio (DERS, FFMQ, SCS). Encontraron que los pacientes con TLP presentaban mayores niveles de desregulación emocional, menos habilidades de mindfulness y menos autocompasión que el grupo control. Todas las subescalas del cuestionario DERS mostraron niveles peores para el grupo de TLP. También presentaron peores niveles de habilidades de mindfulness, especialmente en la subescala de no juzgar. La única subescala que no mostró diferencias significativas entre grupos fue la de observar. Por último, los niveles de autocompasión

en adultos con TLP fueron significativamente inferiores que en el grupo control. Los resultados del estudio destacan la importancia de la habilidad de mindfulness de no juzgar, que favorece el distanciamiento de los estados emocionales, y sería un facilitador para la autocompasión. La habilidad de no juzgar parece ser modificable con la intervención de la TDC, como demuestran algunos estudios (Krantz et al., 2018; Perroud et al., 2012). Las mejoras en esta habilidad podrían tener influencia en la regulación emocional.

El tercer estudio evalúa la efectividad de una intervención grupal TDC-A adaptada para padres de adolescentes con rasgos de TLP para modificar las variables de estilos de crianza, desregulación emocional, sobreproducción emocional, mindfulness y autocompasión en padres e hijos. La intervención está especialmente orientada a aquellos casos en la que los hijos no puedan o rechacen participar en la intervención. Este entrenamiento grupal en habilidades para padres pretende realizar cambios en el ambiente de los hijos, para generar cambios indirectos en las variables relevantes en hijos a través de los cambios en los padres. Se proponía que modificando estos factores en los padres, se conseguiría realizar cambios en las variables en los hijos. La intervención tuvo efectos favorables en las habilidades de mindfulness de los padres para atender y aceptar sus respuestas emocionales. Aumentar la conciencia de sus reacciones emocionales dio lugar a que se valorasen de manera más exigente tras la intervención, siendo menos autocompasivos y percibiendo de manera más crítica sus estilos educativos. Respecto a los hijos, las variables de regulación emocional y mindfulness mejoraron tras la intervención con los padres. Además, y a diferencia de los padres, percibieron el estilo de crianza de los padres como más afectuoso y menos crítico tras la intervención. A pesar de que la intervención fue de corta duración, los efectos se mantuvieron hasta 6 meses después. La intervención fue bien aceptada por los padres y la mayoría asistieron durante todo el tratamiento. De esta manera, modificar variables del ambiente familiar como los estilos de crianza y la capacidad de autoobservación en los padres podría reducir las conductas invalidantes y favorecer mejores habilidades de manejo emocional en los hijos. Dado que los adolescentes con TLP son considerados una población difícil de tratar y con baja adherencia terapéutica (Mehlum et al., 2016), es de especial interés desarrollar intervenciones dirigidas a sus familiares para poder lograr cambios en el entorno familiar que repercutan en el estado emocional de los hijos. Un entorno familiar de soporte

facilitaría la regulación emocional en los adolescentes, por lo que las intervenciones con familiares se plantean como fundamentales en la prevención del TLP en adolescentes.

El último estudio evaluó los cambios en adolescentes con rasgos TLP y sus padres tras su participación conjunta en un grupo de habilidades TDC-A, sin incluir el resto de componentes de la TDC-A. Tanto padres como hijos presentaron cambios favorables en los estilos de crianza tras la intervención, valorando a los padres como más afectuosos y menos críticos con sus hijos. Las variables de regulación emocional mostraron resultados mixtos, mejorando algunas de ellas y empeorando otras. Por ello, los resultados no son concluyentes acerca de si la intervención logra mejorar la regulación emocional en padres e hijos, requiriendo de un análisis individualizado de cada habilidad de regulación emocional en particular. La intervención fue ampliamente aceptada tanto por padres como por hijos y los niveles de abandono fueron bajos, por lo que el grupo multifamiliar se plantea como una opción atractiva para la enseñanza de habilidades de regulación emocional en adolescentes con TLP y sus familiares. En general, la TDC-A ha demostrado ser una intervención aceptada por adolescentes y familias en un contexto comunitario (Berk et al., 2020), y la adherencia al tratamiento suele ser alta (entre el 85% y el 62%) (Berk et al., 2020; Mehlum et al., 2014; Rathus & Miller, 2002; Woodberry & Popenoe, 2008).

Respecto a la inclusión de los padres en la intervención, Ratnaweera y cols. (2021) evaluaron de manera cualitativa las experiencias de 18 adolescentes y padres de una intervención TDC-A que tenía una duración de un año. Padres e hijos informaron de una mejora en las relaciones familiares, y que la mejor comprensión de las dificultades del TLP había favorecido una mejor comunicación y aceptación en la relación entre ambos. Las mejorías en los síntomas de los adolescentes (por ejemplo, autolesiones o impulsividad) se relacionaban con una mayor calidad de vida de los padres. Como aspectos a mejorar de la intervención, los padres proponían que las intervenciones llevaran a cabo en momentos más tempranos y que tuvieran mayor duración. Por tanto, intervenir de manera temprana en adolescentes con rasgos de TLP puede reducir el nivel de sobrecarga y modificar los estilos comunicacionales entre padres e hijos, evitando un mayor nivel de sufrimiento en la familia. No obstante, la duración de la intervención puede ser demasiado corta para las familias, quienes solicitaban un seguimiento a más largo plazo para continuar trabajando las dificultades de sus hijos con TLP. En una

reciente investigación, Smith y cols. (2023) evaluaron la experiencia de 41 padres de adolescentes con autolesiones que participaron en una intervención grupal de TDC-A durante 6 meses. Al finalizar el tratamiento, los padres expresaron menor nivel de estrés, así como mejoras en la comunicación y la capacidad de afrontamiento de la familia gracias a las habilidades aprendidas. Como propuesta de futuro, estos investigadores planteaban la cuestión de en qué medida las intervenciones TDC-A solo con padres podrían mejorar las variables de los hijos (Smith et al., 2023), aspecto que hemos puesto a prueba en nuestro tercer estudio.

Por otro lado, podemos concluir que realizar intervenciones breves grupales de TDC-A podría generar cambios sustanciales en variables relevantes, por lo que su aplicación sería coste-eficiente. Algunos estudios plantean la implementación de los grupos de habilidades como intervención aislada (Valentine et al., 2015). La intervención grupal se plantea especialmente útil como una intervención focal en los síntomas de riesgo de la fase aguda del TLP. Intervenciones grupales de TDC en adultos han mostrado ser eficaces en la reducción de síntomas de autolesión, agresividad y el empleo de estrategias de afrontamiento eficaces (McCain et al., 2017). Mitchell y cols. (2019) evaluaron mediante el FFMQ la relación entre los cambios en las facetas de mindfulness y la mejoría de los síntomas de TLP en adultos después de una intervención grupal de TDC de 20 semanas. Los resultados mostraron que las facetas de actuar con conciencia y no juzgar se relacionaban con mejoras en síntomas de TLP. Además, los aumentos en todas subescalas del FFMQ correlacionaron con descensos en los niveles de depresión. El estudio concluye que una intervención grupal de TDC genera mejoras en las habilidades de mindfulness y que estas ganancias se relacionan con una disminución de los síntomas de TLP y de los niveles de depresión (Mitchell et al., 2019).

Además, diversos estudios controlados con población adulta con TLP han demostrado que la intervención grupal como tratamiento añadido al habitual es superior en la reducción de conductas de riesgo, como autolesiones y gestos suicidas (Gibson et al., 2014; McMMain et al., 2017; Soler et al., 2009) aunque estos beneficios no siempre son duraderos a largo plazo (McMMain et al., 2017). Por otro lado, Lyng y cols. (2019) compararon una intervención grupal de habilidades TDC con una intervención estándar de TDC (terapia individual y grupal) en adultos con TLP. La adherencia al tratamiento

fue mayor en el grupo de tratamiento estándar; sin embargo, no se encontraron diferencias en la gravedad de los síntomas de TLP y de psicopatología general entre ambas condiciones al final del tratamiento (Lyng et al., 2019). Sorprendentemente, la intervención grupal aislada mejoraba en mayor grado la regulación emocional que el tratamiento TDC estándar (Lyng et al., 2019). De este modo, la adquisición de habilidades de regulación emocional en formato grupal parece ser un factor clave en el pronóstico de pacientes con TLP, especialmente en la reducción de conductas de riesgo y la mejora en la regulación emocional. La TDC requiere ser adaptada a la realidad de los recursos sanitarios disponibles, y muy frecuentemente es aplicada únicamente en su formato grupal (Valentine et al., 2015), por lo que es necesario investigar la eficacia de manera aislada de esta modalidad de tratamiento en el TLP.

Los adolescentes con TLP presentan un elevado uso de recursos de salud mental (Cailhol et al., 2013) y requieren de recursos sanitarios de alto coste, especialmente si su evolución en la edad adulta no es favorable (Weiner et al., 2018). Por ello, es necesario implementar tratamientos coste-efectivos en los servicios públicos que consigan reducir los síntomas y mejorar el pronóstico de la enfermedad, empleando los recursos disponibles y reduciendo el gasto sanitario. La TDC es un tratamiento que permite adaptaciones a diferentes contextos y recursos. Su uso en adolescentes con rasgos TLP y autolesiones en el contexto clínico comunitario es ya extendido en el sistema sanitario español. El protocolo completo de la TDC-A requiere de un elevado número de recursos económicos y humanos, además de requerir una cantidad importante de tiempo para los adolescentes y sus familias. Esto supone que en muchas ocasiones no puedan acceder a las intervenciones, por lo que los tratamientos breves, de carácter grupal, son una alternativa que facilita el acceso a más personas, interfiere menos en la vida cotidiana, y que además es más rentable y asumible para el sistema sanitario.

Las dos intervenciones grupales de habilidades TDC-A que hemos puesto a prueba en nuestra investigación han demostrado ser aplicables en un entorno comunitario del sistema sanitario público español y aceptadas por adolescentes y sus familias, al igual que otros estudios han demostrado buena aceptabilidad de la TDC en adolescentes (Groves et al., 2012). Las intervenciones tempranas pueden prevenir un deterioro en los síntomas del TLP y el funcionamiento psicosocial de los adolescentes, lo cual puede suponer un importante ahorro económico en el sistema de salud, además de evitar un

mayor coste emocional a pacientes y familias. La eficacia de la TDC-A para reducir los síntomas y prevenir el establecimiento de la enfermedad y su cronicidad repercute en un menor gasto de recursos a medio y largo plazo (Flynn et al., 2021). Por tanto, las intervenciones grupales multifamiliares en adolescentes con rasgos de TLP se plantean como una opción atractiva y eficaz, que puede prevenir el establecimiento de la enfermedad y reducir el coste económico, por lo que la apuesta por su implementación en el sistema sanitario español puede ser realmente útil y rentable.

Limitaciones

Las intervenciones que se han puesto a prueba carecen de un grupo control que permita atribuir los resultados a la TDC-A. Las limitaciones de la práctica clínica y de la implementación de las intervenciones en los entornos comunitarios dificultan aplicar medidas de mayor control de la investigación, de manera que recursos sanitarios requieren de un uso flexible de los tratamientos eficaces que se alejan de las condiciones de los estudios aleatorizados (Thimm & Antonsen, 2014).

Por otro lado, hemos evaluado los estilos educativos de los padres como una variable comparable a la invalidación. Sin embargo, las variables familiares evaluadas no corresponden directamente con la evaluación de conductas invalidantes (Musser et al., 2018). Por tanto, las conclusiones no hacen referencia exactamente a lo propuesto por Linehan (1993a), dado que no se ha aplicado una medida específica de conductas invalidantes. No obstante, otras variables familiares como estilos parentales, apego inseguro o eventos traumáticos son factores que también desempeñan un papel relevante en el origen del TLP (Musser et al., 2018).

Los tamaños muestrales empleados son pequeños, por lo que las conclusiones deben ser valoradas con precaución. Además, se desconocen los efectos a largo plazo de las intervenciones realizadas. Los diseños de los dos primeros estudios fueron de carácter transversal, de manera que no se pueden establecer relaciones causales entre variables. Por otro lado, las intervenciones grupales se evaluaron a medio plazo, sin conocer si los efectos se mantenían en el tiempo. Algunos autores plantean que las intervenciones más largas pueden ser útiles para mejorar los rasgos de TLP y dar lugar a resultados más significativos y duraderos (Hunnicut-Hollenbaugh & Lenz, 2018; Kothgassner et al.,

2021). La mayoría de los estudios de eficacia de la TDC en adolescentes revelan una reducción de síntomas a corto plazo, pero muestran dificultad para mantener estas mejorías en el tiempo (Wong et al., 2020). No obstante, en un estudio de Mehlum y cols. (2019) la TDC-A reducía los síntomas depresivos, las ideas suicidas y las autolesiones en adolescentes con TLP más rápidamente que el tratamiento habitual, y la mejora en los niveles de autolesión se mantenía hasta tres años después de la intervención. De esta manera, las intervenciones de corta duración pueden ser de especial utilidad en la fase aguda de la patología, para facilitar la estabilización y reducir síntomas de riesgo, para después continuar con un tratamiento a largo plazo donde se aborden dificultades de identidad, relacionales y rasgos de personalidad.

Implicaciones clínicas y futuras direcciones

Los mecanismos a través de los cuales los tratamientos ejercen sus resultados son poco conocidos, y son escasos los estudios que se han centrado en conocer los procesos que influyen en la reducción de síntomas tras la TDC-A. En este estudio se analizan diferentes mecanismos relevantes en los adolescentes con TLP, pero se desconoce su influencia en los síntomas de la patología. Futuras investigaciones deberán analizar el impacto de estos mecanismos en los síntomas típicos del TLP, y si su modificación en la intervención resulta en una mejoría sintomática y un descenso de la gravedad de la patología. Estudios futuros deberán analizar si existen interacciones entre estas variables o, si por el contrario, son procesos independientes.

Dadas las conclusiones del presente estudio, las intervenciones en pacientes con TLP deberían incluir un entrenamiento en mindfulness, que se dedicase especialmente a practicar las habilidades de aceptación y de no juzgar. Estas intervenciones se pueden realizar aplicando la TDC-A o bien otros abordajes que emplean el mindfulness como herramienta terapéutica, e incluso se podría valorar la eficacia de una intervención que únicamente estuviera destinada a modificar estas habilidades. Los estudios futuros deberán emplear las conclusiones de esta investigación para desarrollar tratamientos más eficaces y probablemente menos costosos. Los estudios de eficacia deberán analizar los resultados a largo plazo en el pronóstico de del trastorno.

9. Conclusiones.

Conclusiones.

La investigación que se ha llevado a cabo ofrece resultados novedosos acerca de las características de los adolescentes con rasgos de TLP y sus familias y del efecto de la intervención grupal de TDC-A en una serie de variables relevantes. De ella se concluyen la importancia de las variables de regulación emocional y mindfulness como elementos que diferencian a los adolescentes con características de TLP de aquellos sin rasgos de la patología. Además, se pone en relieve la importancia de los estilos de crianza en relación al TLP en adolescentes y que la inclusión de la familia es un factor clave en la intervención con adolescentes con TLP. Finalmente, hemos comprobado cómo las intervenciones grupales de habilidades TDC que incluyen a los padres (participen o no los hijos) pueden influir en las variables estudiadas y ser considerablemente aceptadas por los participantes.

A continuación, se sintetizan y enumeran las conclusiones de los cuatro estudios realizados:

1. Un mayor nivel de expresión de los sentimientos en la familia se relaciona con niveles más bajos de ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP.
2. Las actividades de ocio compartido en la familia se asocia con un menor nivel de ideación suicida en adolescentes con rasgos de TLP.
3. Los adolescentes con rasgos de TLP perciben el estilo de crianza de sus padres como menos afectuoso que los adolescentes sanos.
4. Los adolescentes con rasgos de TLP perciben el estilo de crianza de sus padres como más crítico que los adolescentes sanos.
5. Los adolescentes con rasgos de TLP presentan menores niveles en las habilidades de mindfulness de describir, conciencia y no juzgar que los adolescentes sanos.
6. Los adolescentes con rasgos de TLP presentan mayores niveles de desregulación emocional en las variables de interferencia cotidiana y descontrol emocional y en sobreproducción emocional que los adolescentes sanos.
7. Las habilidades de mindfulness de describir y no juzgar son relevantes para diferenciar a adolescentes con rasgos de TLP y adolescentes sanos.

8. La intervención grupal de habilidades de TDC-A con padres de adolescentes con rasgos de TLP hace que los hijos perciban los estilos de crianza de los padres como más afectuosos y menos críticos.

9. La intervención grupal de habilidades de TDC-A con padres de adolescentes con rasgos de TLP permite mejorar los niveles autocompasión, las habilidades de mindfulness y las variables de regulación emocional de los hijos.

10. La intervención grupal de habilidades de TDC-A con padres de adolescentes con rasgos de TLP produce una visión más crítica en los padres acerca de sus estilos de crianza.

11. La intervención grupal de habilidades de TDC-A con padres de adolescentes con rasgos de TLP genera beneficios en los niveles de las variables de confusión emocional y rechazo emocional en los padres.

12. La intervención grupal de habilidades de TDC-A con padres de adolescentes con rasgos de TLP es ampliamente aceptada por los participantes.

13. La intervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres produce una visión más afectuosa y menos crítica en los padres de sus estilos de crianza.

14. Tras la intervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres, los padres presentaron mayores niveles de desregulación emocional en todas las variables excepto en rechazo emocional.

15. La intervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres produce una visión más afectuosa y menos crítica en los hijos sobre los estilos de crianza de los padres.

16. Tras la ntervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres, los niveles de desatención emocional e interferencia cotidiana en hijos fueron mayores.

17. Tras la intervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres, los niveles de confusión emocional, rechazo emocional y descontrol emocional en hijos fueron menores.

18. La intervención grupal multifamiliar de habilidades de TDC-A con adolescentes con rasgos de TLP y sus padres es ampliamente aceptada por los participantes.

10. Referencias bibliográficas.

Bibliografía.

- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: an integrated system of multi-informant assessment (Research C)*. Burlington, VT: University of Vermont: Research Center for Children, Youth & Families.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment studies with borderline patients: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, *12*(2), 94–104. <https://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Allen, J.G. (2023). Becoming Trustworthy in Treating Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *37* 5, 604-619 .
- Álvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., Bauzà, J., & Pascual, J. C. (2017). Long-Term Course of Borderline Personality Disorder: A Prospective 10-Year Follow-Up Study. *Journal of Personality Disorders*, *31*(5), 590–605. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_269
- American Psychiatric Association. (2001). *Practice Guideline for the treatment of patients with Borderline Personality Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Anderson, N. D., Lau, M. A., Segal, Z. V., & Bishop, S. R. (2007). Mindfulness-based stress reduction and attentional control. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *14*, 449–463. <https://doi.org/10.1002/cpp.544>
- Arch, J. J., & Craske, M. G. (2006). Mechanisms of mindfulness: emotion regulation following a focused breathing induction. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(12), 1849–1858. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.12.007>
- Armour, J. A., Joussemet, M., Mageau, G. A., & Varin, R. (2023). Perceived Parenting and Borderline Personality Features during Adolescence. *Child Psychiatry and Human Development*, *54*(4), 927–938. <https://doi.org/10.1007/s10578-021-01295-3>
- Asarnow, J. R., Berk, M. S., Bedics, J., Adrian, M., Gallop, R., Cohen, J., Korslund, K., Hughes, J., Avina, C., Linehan, M. M., & McCauley, E. (2021). Dialectical

- Behavior Therapy for Suicidal Self-Harming Youth: Emotion Regulation, Mechanisms, and Mediators. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 60(9), 1105–1115.e4.
<https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.01.016>
- Baer, R. A., Smith, G. T., Lykins, E., Button, D., Krietemeyer, J., Sauer, S., Walsh, E., Duggan, D., & Williams, J. M. (2008). Construct validity of the five facet mindfulness questionnaire in meditating and nonmeditating samples. *Assessment*, 15(3), 329–342. <https://doi.org/10.1177/1073191107313003>
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. In J. G. Allen & P. Fonagy (Eds.). *The handbook of mentalization-based treatment*. John Wiley & Sons, Inc. <https://doi.org/10.1002/9780470712986.ch9>
- Beatson, J. (2019). Making psychological treatments for borderline personality disorder available. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(6), 545–546.
<https://doi.org/10.1177/1039856219883791>
- Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: The Scale for Suicide Ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47(2), 343-352. doi: 10.1037/0022-006X.47.2.343.
- Bender, D. S., Dolan, R. T., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., Dyck, I. R., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Zanarini, M. C., Oldham, J. M., & Gunderson, J. G. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 158(2), 295–302.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.2.295>
- Bennett, C., Melvin, G. A., Quek, J., Saeedi, N., Gordon, M. S., & Newman, L. K. (2019). Perceived Invalidation in Adolescent Borderline Personality Disorder: An Investigation of Parallel Reports of Caregiver Responses to Negative Emotions. *Child Psychiatry and Human Development*, 50(2), 209–221.
<https://doi.org/10.1007/s10578-018-0833-5>
- Berk, M. S., Starace, N. K., Black, V. P., & Avina, C. (2020). Implementation of Dialectical Behavior Therapy with Suicidal and Self-Harming Adolescents in a Community Clinic. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, 24(1), 64–81.
<https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1509750>

- Bersabé, R., & Fuentes, M., & Motrico, E. (2001). Análisis psicométrico de dos escalas para evaluar estilos educativos parentales. *Psicothema*, *13*(4), 678-684.
- Bertsch, K., Buades-Rotger, M., Krauch, M., Ueltzhöffer, K., Kleindienst, N., Herpertz, S. C., & Krämer, U. M. (2022). Abnormal processing of interpersonal cues during an aggressive encounter in women with borderline personality disorder: Neural and behavioral findings. *Journal of Psychopathology and Clinical science*, *131*(5), 493–506. <https://doi.org/10.1037/abn0000756>
- Bishop, S. R., Lau, M., Shapiro, S., Carlson, L., Anderson, N. D., Carmody, J., Segal, Z. V., Abbey, S., Speca, M., Velting, D., & Devins, G. (2004). Mindfulness: A proposed operational definition. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*(3), 230–241. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bph077>
- Blackford, J. U., & Love, R. (2011). Dialectical behavior therapy group skills training in a community mental health setting: a pilot study. *International Journal of Group Psychotherapy*, *61*(4), 645–657. <https://doi.org/10.1521/ijgp.2011.61.4.645>
- Bluth, K., & Blanton, P. W. (2014). Mindfulness and self-compassion: exploring pathways to adolescent emotional well-being. *Journal of Child and Family Studies*, *23*(7), 1298–1309.
- Bluth, K., & Eisenlohr-Moul, T. A. (2017). Response to a mindful self-compassion intervention in teens: a within-person association of mindfulness, self-compassion, and emotional well-being outcomes. *Journal of Adolescence*, *57*, 108–118
- Bo, S., Vilmar, J. W., Jensen, S. L., Jørgensen, M. S., Kongerslev, M., Lind, M., & Fonagy, P. (2021). What works for adolescents with borderline personality disorder: towards a developmentally informed understanding and structured treatment model. *Current Opinion in Psychology*, *37*, 7–12. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.06.008>
- Bohus, M., Stoffers-Winterling, J., Sharp, C., Krause-Utz, A., Schmahl, C., & Lieb, K. (2021). Borderline personality disorder. *Lancet*, *398*(10310), 1528–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00476-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00476-1)
- Bornovalova, M. A., Hicks, B. M., Iacono, W. G., & McGue, M. (2009). Stability, change, and heritability of borderline personality disorder traits from adolescence to adulthood: a longitudinal twin study. *Development and Psychopathology*, *21*(4), 1335–1353. <https://doi.org/10.1017/S0954579409990186>

- Bradley, R., Zittel Conklin, C., & Westen, D. (2005). The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *46*(9), 1006–1019. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00401.x>
- Brent, D. A., McMakin, D. L., Kennard, B. D., Goldstein, T. R., Mayes, T. L., & Douaihy, A. B. (2013). Protecting Adolescents from Self-Harm: A Critical Review of Intervention Studies. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *52*(12), 1260-1271. doi: 10.1016/j.jaac.2013.09.009
- Brown, K. W. & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 822-848.
- Buckholdt, K. E., Parra, G. R., & Jobe-Shields, L. (2010). Emotion dysregulation as a mechanism through which parental magnification of sadness increases risk for binge eating and limited control of eating behaviors. *Eating Behaviors*, *11*(2), 122–126. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2009.10.003>
- Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., Auer, K. V., Parzer, P., & Kaess, M. (2019). Differential Change of Borderline Personality Disorder Traits During Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *33*(1), 119–134. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_334
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 252–259. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.252>
- Campos, D., Cebolla, A., Quero, S., Bretón-López, J., Botella, C., Soler, J., García-Campayo, J., Demarzo, M., & Baños, R. M. (2016). Meditation and happiness: mindfulness and self-compassion may mediate the meditation-happiness relationship. *Personality and Individual Differences*, *93*, 80–85.
- Carmody, J., Baer, R. A., L B Lykins, E., & Olendzki, N. (2009). An empirical study of the mechanisms of mindfulness in a mindfulness-based stress reduction program. *Journal of Clinical Psychology*, *65*(6), 613–626. <https://doi.org/10.1002/jclp.20579>
- Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., PomarolClotet, E., Salvador, R., & Pascual, J. C. (2019). Effects of Mindfulness Training on

- Borderline Personality Disorder: Impulsivity versus Emotional Dysregulation. *Mindfulness*, 10, 1243-1254. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1071-4>
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Reports*, 15(1), 335. <https://doi.org/10.1007/s11920-012-0335-2>
- Casey, M., Perera, D., Enticott, J., Vo, H., Cubra, S., Gravell, A., Waerea, M., & Habib, G. (2021). High utilisers of emergency departments: the profile and journey of patients with mental health issues. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 25(3), 316–324. <https://doi.org/10.1080/13651501.2021.1904998>
- Cattane, N., Rossi, R., Lanfredi, M., & Cattaneo, A. (2017). Borderline personality disorder and childhood trauma: exploring the affected biological systems and mechanisms. *BMC Psychiatry*, 17(1), 221. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1383-2>
- Cavelti, M., Lerch, S., Ghinea, D., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., Koenig, J., & Kaess, M. (2021). Heterogeneity of borderline personality disorder symptoms in help-seeking adolescents. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 8(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-021-00147-9>
- Cebolla, A., Galiana, L., Campos, D., Oliver, A., Soler, J., Demarzo, M., Baños, R. M., Felu-Soler, A., & García-Campayo, J. (2017). How Does Mindfulness Work? Exploring a Theoretical Model Using Samples of Meditators and Non-meditators. *Mindfulness*, 9, 860–870. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0826-7>
- Cebolla, A., García-Palacios, A., Soler, J., Guillen, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126. <https://doi.org/10.4321/S0213-61632012000200005>
- Chambers, R., Gullone, E., & Allen, N. B. (2009). Mindful emotion regulation: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, 29(6), 560–572. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.06.005>
- Chambers, W., Puig-Antich, J., Hirsch, M., Paez, P., Ambrosini, P. J., Tabrizi, M. A., & Davies, M. (1985). The assessment of affective disorders in children and adolescents by semi-structured interview. Test-retest reliability of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children, present episode version. *Archives of General Psychiatry*, 42 (7), 696-702. doi:10.1001/archpsyc.1985.01790300064008

- Chanen, A. M., Betts, J. K., Jackson, H., Cotton, S. M., Gleeson, J., Davey, C. G., Thompson, K., Perera, S., Rayner, V., Chong, S. Y., & McCutcheon, L. (2022). A Comparison of Adolescent versus Young Adult Outpatients with First-Presentation Borderline Personality Disorder: Findings from the MOBY Randomized Controlled Trial. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 67(1), 26–38. <https://doi.org/10.1177/0706743721992677>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Dudgeon, P., Yuen, H. P., Germano, D., Nistico, H., McDougall, E., Weinstein, C., Clarkson, V., & McGorry, P. D. (2008). Early intervention for adolescents with borderline personality disorder using cognitive analytic therapy: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 193(6), 477–484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of Personality Disorders*, 18(6), 526–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.6.526.54798>
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 68(2), 297–306
- Chanen, A. M., Jovev, M., McCutcheon, L. K., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2008). Borderline personality disorder in young people and the prospects for prevention and early intervention. *Current Psychiatry Reviews*, 4(1), 48–57. <https://doi.org/10.2174/157340008783743820>
- Chanen, A.M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Report*, 14(1): 45–53.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. K. (2008). Personality disorder in adolescence: The diagnosis that dare not speak its name. *Personality and Mental Health*, (1):35–41.
- Chanen, A. M., & McCutcheon, L. (2013). Prevention and early intervention for borderline personality disorder: current status and recent evidence. *British Journal of Psychiatry*, 54: s24–s29.
- Chanen, A. M., McCutcheon, L. K., Jovev, M., Jackson, H. J., & McGorry, P. D. (2007). Prevention and early intervention for borderline personality disorder. *The Medical Journal of Australia*, 187(S7), S18–S21. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01330.x>

- Chapman A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and Psychopathology*, *31*(3), 1143–1156. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000658>
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 371–394.
- Chapman, A. L., Specht, M. W., & Cellucci, T. (2005). Borderline personality disorder and deliberate self-harm: does experiential avoidance play a role? *Suicide & Life-threatening Behavior*, *35*(4), 388–399. <https://doi.org/10.1521/suli.2005.35.4.388>
- Cheavens, J. S., Zachary Rosenthal, M., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: the role of thought suppression. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(2), 257–268. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2004.01.006>
- Chen, S. Y., Cheng, Y., Zhao, W. W., & Zhang, Y. H. (2021). Effects of dialectical behaviour therapy on reducing self-harming behaviours and negative emotions in patients with borderline personality disorder: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *28*(6): 1128–1139. <https://doi.org/10.1111/jpm.12797>
- Coffey, K. A., & Hartman, M. (2008). Mechanisms of Action in the Inverse Relationship Between Mindfulness and Psychological Distress. *Complementary Health Practice Review*, *13* (2); 79-91. DOI: 10.1177/1533210108316307
- Coffey, K. A., Hartman, M., & Fredrickson, B. L. (2010). Deconstructing Mindfulness and Constructing Mental Health: Understanding Mindfulness and its Mechanisms of Action. *Mindfulness*, *1*, 235-253. <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0033-2>
- Compton, M. T., Thompson, N. J., & Kaslow, N. J. (2005). Social environment factors associated with suicide attempt among low-income African Americans: The protective role of family relationships and social support. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(3), 175-185. doi: 10.1007/s00127-005-0865-6
- Consoli, A., Cohen, D., Bodeau, N., Guilé, J. M., Mirkovic, B., Knafo, A., Mahé, V., Laurent, C., Renaud, J., Labelle, R., Breton, J. J., & Gérardin, P. (2015). Risk and Protective Factors for Suicidality at 6-Month Follow-up in Adolescent Inpatients Who Attempted Suicide: An Exploratory Model. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *60*(2 Suppl 1), S27–S36.

- Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2015). Adolescent precursors of adult Borderline Personality Pathology in a high-risk community sample. *Journal of Personality Disorders, 29*(3), 316-333. doi: 10.1521/pedi_2014_28_158
- Cook, N. E., & Gorraiz, M. (2016). Dialectical behavior therapy for nonsuicidal self-injury and depression among adolescents: preliminary meta-analytic evidence. *Child and Adolescent Mental Health, 21*(2), 81–89. <https://doi.org/10.1111/camh.12112>
- Cracco, E., Goossens, L., & Braet, C. (2017). Emotion regulation across childhood and adolescence: evidence for a maladaptive shift in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry, 26*(8), 909–921. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-0952-8>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder, A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry, 74*(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin, 135*(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cuevas-Yust, C., & López-Pérez, G. (2012). Intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy, 12*, 97-114.
- Cui, L., Zhang, X., & Han, Z. R. (2021). Perceived Child Difficultness, Emotion Dysregulation, and Emotion-Related Parenting among Chinese Parents. *Family Process, 60*(4), 1403–1417. <https://doi.org/10.1111/famp.12638>
- Daros, A. R., & Williams, G. E. (2019). A Meta-analysis and Systematic Review of Emotion-Regulation Strategies in Borderline Personality Disorder. *Harvard review of psychiatry, 27*(4), 217–232. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000212>
- Del Conte, G., Lenz, A. S., & Hollenbaugh, K. M. (2016). A pilot evaluation of dialectical behavior therapy for adolescents within a partial hospitalization treatment milieu. *Journal of Child and Adolescent Counseling, 2*, 16–32. doi:10.1080/23727810.2015.1134008

- Delgado, C. (2015). *Programa ATraPA. Acciones para el Tratamiento de la Personalidad en la Adolescencia. Adaptación de la terapia dialéctico-conductual para el tratamiento ambulatorio intensivo de la inestabilidad emocional grave y el trastorno de la personalidad límite en la adolescencia*. Centro Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (CIBER): Madrid.
- Diamond, G., Wintersteen, M., Brown, G., Diamond, G., Gallop, R., Shelef, K., & Levy S. (2010). Attachment-based family therapy for adolescents with suicidal ideation: a randomized controlled trial. *Journal of American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 49(2), 122-131. doi: 10.1037/2329-0382.1.S.91
- Dibaj, I. S., Tørmoen, A. J., Klungsøyr, O., Haga, E., & Mehlum, L. (2023). Trajectories and Predictors of Change in Emotion Dysregulation and Deliberate Self-Harm Amongst Adolescents with Borderline Features. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045231177374. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13591045231177374>.
- Didonna, F., Rossi, R., Ferrari, C., Iani, L., Pedrini, L., Rossi, N., Xodo, E., & Lanfredi, M. (2019). Relations of mindfulness facets with psychological symptoms among individuals with a diagnosis of obsessive-compulsive disorder, major depressive disorder, or borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 112–130. <https://doi.org/10.1111/papt.12180>
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical Behavior Therapy in Clinical Practice: Applications across disorders and settings*. Guilford Press: New York.
- Distel, M. A., Trull, T. J., Derom, C. A., Thiery, E. W., Grimmer, M. A., Martin, N. G., Willemsen, G., & Boomsma, D. I. (2008). Heritability of borderline personality disorder features is similar across three countries. *Psychological Medicine*, 38(9), 1219–1229. <https://doi.org/10.1017/S0033291707002024>
- Ditto, B., Eclache, M., & Goldman, N. (2006). Short-term autonomic and cardiovascular effects of mindfulness body scan meditation. *Annals of Behavioral Medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 32(3), 227–234. https://doi.org/10.1207/s15324796abm3203_9
- Dixon, L., McFarlane, W. R., Lefley, H., Lucksted, A., Cohen, M., Falloon, I., Mueser, K., Miklowitz, D., Solomon, P., & Sondheimer, D. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 52(7), 903–910. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.7.903>

- Dixon-Gordon, K. L., Whalen, D. J., Scott, L. N., Cummins, N. D., & Stepp, S. D. (2016). The Main and Interactive Effects of Maternal Interpersonal Emotion Regulation and Negative Affect on Adolescent Girls' Borderline Personality Disorder Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 40(3), 381–393. <https://doi.org/10.1007/s10608-015-9706-4>
- Donald, F., Lawrence, K. A., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). An exploration of self-compassion and self-criticism in the context of personal recovery from borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 27(1), 56–59. <https://doi.org/10.1177/1039856218797418>
- Drews, E., Fertuck, E. A., Koenig, J., Kaess, M., & Arntz, A. (2019). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning in borderline personality disorder: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 96, 316–334. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.11.008>
- Eisenlohr-Moul, T., Peters, J. R., Chamberlain, K. D., & Rodriguez, M. (2016). Weekly fluctuations in nonjudging predict borderline personality disorder feature expression in women. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(1), 149–157. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9505-y>
- Ekdahl, S., Idvall, E., & Perseus, K. I. (2014). Family skills training in dialectical behaviour therapy, the experience of the significant others. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(4), 235–241. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2014.03.2>
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584–595. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0492-1>
- Elices, M., Pascual, J.C., Ruiz, E., Feliú, A., Hervas, G. & Soler, J. (2014, april). Sobreproducción emocional en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Poster presented at X Personality Disorders National Congress, Barcelona, Spain.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 561–573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Feldman, G., Harley, R., Kerrigan, M., Jacobo, M., & Fava, M. (2009). Change in emotional processing during a dialectical behavior therapy-based skills group for

- major depressive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47(4), 316–321.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.5>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Elices, M., Martín-Blanco, A., Carmona, C., Cebolla, A., Simón, V., & Soler, J. (2017). Fostering Self-Compassion and Loving-Kindness in Patients With Borderline Personality Disorder: A Randomized Pilot Study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 24(1), 278–286.
<https://doi.org/10.1002/cpp.2000>
- Fernández-Felipe, I., Guillén, V., Marco, H., Díaz-García, A., Botella, C., Jorquera, M., Baños, R., & García-Palacios, A. (2020). Efficacy of "Family Connections", a program for relatives of people with borderline personality disorder, in the Spanish population: study protocol for a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 20(1), 302. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02708-8>
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1997). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Fitzpatrick, S., Ip, J., Krantz, L., Zeifman, R., & Kuo, J. R. (2019). Use your words: The role of emotion labeling in regulating emotion in borderline personality disorder. *Behavior Research and Therapy*, 120, 103447.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103447>
- Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical Behavioral Therapy for Adolescents (DBT-A): a clinical Trial for Patients with suicidal and self-injurious Behavior and Borderline Symptoms with a one-year Follow-up. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 5(1), 3. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-5-3>
- Fleischhaker, C., Munz, M., Bohme, R., Sixt, B., & Schulz, E. (2006). Dialectical behavior therapy for adolescents (DBT-A): A pilot study on the therapy of suicidal, parasuicidal, and self-injurious behavior in female patients with a borderline disorder. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34, 15–25.
- Flynn, D., Kells, M., & Joyce, M. (2021). Dialectical behaviour therapy: Implementation of an evidence-based intervention for borderline personality disorder in public health systems. *Current Opinion in Psychology*, 37, 152–157.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.01.002>

- Flynn, D., Kells, M., Joyce, M., Corcoran, P., Gillespie, C., Suarez, C., Swales, M., & Arensman, E. (2019). Innovations in Practice: Dialectical behaviour therapy for adolescents: multisite implementation and evaluation of a 16-week programme in a public community mental health setting. *Child and Adolescent Mental Health, 24*(1), 76–83. <https://doi.org/10.1111/camh.12298>
- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C., & Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: Borderline personality disorder in adolescence: An expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry, 24* (11), 1307-20. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0751-z>
- Fonagy, P., Target, M., & Gergely, G. (2000). Attachment and borderline personality disorder. A theory and some evidence. *The Psychiatric clinics of North America, 23*(1), 103–viii. [https://doi.org/10.1016/s0193-953x\(05\)70146-5](https://doi.org/10.1016/s0193-953x(05)70146-5)
- Fonseca, E. (2021). Manual de tratamientos psicológicos: Adultos. Piramide: Madrid.
- Fossati, A., Vigorelli Porro, F., Maffei, C., & Borroni, S. (2012). Are the DSM-IV personality disorders related to mindfulness? An Italian study on clinical participants. *Journal of Clinical Psychology, 68*(6), 672-683. <https://doi.org/10.1002/jclp.21848>
- Franssens, R., Abrahams, L., Brenning, K., Van Leeuwen, K., & De Clercq, B. (2021). Unraveling Prospective Reciprocal Effects between Parental Invalidation and Pre-Adolescents' Borderline Traits, Between- and Within-Family Associations and Differences with Common Psychopathology-Parenting Transactions. *Research on Child and Adolescent Psychopathology, 49*(10), 1387–1401. <https://doi.org/10.1007/s10802-021-00825-w>
- Freeman, K. R., James, S., Klein, K. P., Mayo, D., & Montgomery, S. (2016). Outpatient Dialectical Behavior Therapy for Adolescents Engaged in Deliberate Self-Harm: Conceptual and Methodological Considerations. *Child & Adolescent Social Work Journal: C & A, 33*(2), 123–135. <https://doi.org/10.1007/s10560-015-0412-6>
- Fresco, D. M., Moore, M. T., van Dulmen, M. H., Segal, Z. V., Ma, S. H., Teasdale, J. D., & Williams, J. M. (2007). Initial psychometric properties of the experiences questionnaire: Validation of a self-report measure of decentering. *Behavior Therapy, 38*(3), 234-246. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2006.08.003>
- Fruzzetti, A. E., Shenk, C., & Hoffman, P. D. (2005). Family interaction and the development of borderline personality disorder: a transactional

- model. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1007–1030.
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050479>
- Fuentes, M. J., Motrico, E. & Bersabé, R.M. (1999). *Escala de Afecto (EA) y Escala de Normas y Exigencias (ENE): versión hijos y versión padres*. Universidad de Málaga.
- Fulginiti, A., Rice, E., Hsu, H., Rhoades, H., & Winetrobe, H. (2016). Risky Integration. *Crisis, the Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 37(3), 184-193.
doi: 10.1027/0227-5910/a000374
- García-Campayo, J., Navarro-Gil, M., Andrés, E., Montero-Marin, J., López-Artal, L., & Demarzo, M. M. (2014). Validation of the Spanish versions of the long (26 items) and short (12 items) forms of the Self-Compassion Scale (SCS). *Health and Quality of Life Outcomes*, 12, 4. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-12-4>
- García-Palacios, A., & Navarro-Haro, M. V. (2016). *Terapia Dialéctica Comportamental*. Síntesis: Madrid.
- Gasol, X., Navarro-Haro, M. V., Fernández-Felipe, I., García-Palacios, A., Suso-Ribera, C., & Gasol-Colomina, M. (2022). Preventing Emotional Dysregulation: Acceptability and Preliminary Effectiveness of a TDC Skills Training Program for Adolescents in the Spanish School System. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(1), 494.
<https://doi.org/10.3390/ijerph19010494>
- Ghinea, D., Koenig, J., Parzer, P., Brunner, R., Carli, V., Hoven, C. W., Sarchiapone, M., Wasserman, D., Resch, F., & Kaess, M. (2019). Longitudinal development of risk-taking and self-injurious behavior in association with late adolescent borderline personality disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 273, 127–133.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.010>
- Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., & Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: a controlled trial with 3-month follow-up data. *Behavior Research and Therapy*, 60, 8–14.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.06.007>
- Glenn, C. R., Bagge, C. L., & Osman, A. (2013). Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. *Journal of Personality Disorders*, 27(5), 604–616.
https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_102

- Glenn, C. R. & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 23*(1), 20–28. <https://doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.20>
- Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2010). Effects of mindfulness based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion, 10*, 83–91.
- Goldstein, T. R., Axelson, D. A., Birmaher, B., & Brent, D. A. (2007). Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a 1-year open trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 46*(7), 820–830. <https://doi.org/10.1097/chi.0b013e31805c1613>
- Gómez-Simón, I., Penelo, E., & de la Osa, N. (2014). Factor structure and measurement invariance of the Difficulties Emotion Regulation Scale (DERS) in Spanish adolescents. *Psicothema, 26*(3), 401–408. <https://doi.org/10.7334/psicothema2013.324>
- Goodman, M., Patil, U., Triebwasser, J., Hoffman, P., Weinstein, Z. A., & New, A. (2011). Parental burden associated with borderline personality disorder in female offspring. *Journal of Personality Disorders, 25*(1), 59–74. <https://doi.org/10.1521/pedi.2011.25.1.59>
- Gratz, K. L., Bardeen, J. R., Levy, R., Dixon-Gordon, K. L., & Tull, M. T. (2015). Mechanisms of change in an emotion regulation group therapy for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy, 65*, 29–35. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.12.005>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41–54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 115*, 850-855.
- Greenfield, B., Henry, M., Lis, E., Slatkoff, J., Guilé, J. M., Dougherty, G., Zhang, X., Raz, A., Eugene Arnold, L., Daniel, L., Mishara, B. L., Koenekoop, R. K., & de Castro, F. (2015). Correlates, stability and predictors of borderline personality disorder among previously suicidal youth. *European Child & Adolescent Psychiatry, 24*(4), 397–406. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0589-9>

- Griffiths, M. (2011). Validity, utility and acceptability of borderline personality disorder diagnosis in childhood and adolescence: Survey of psychiatrists. *The Psychiatrist*, *35*(1), 19-22. doi:10.1192/pb.bp.109.028779
- Groschwitz, R. C., Plener, P. L., Kaess, M., Schumacher, T., Stoehr, R., & Boege, I. (2015). The situation of former adolescent self-injurers as young adults: A follow-up study. *BMC Psychiatry*, *15*. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0555-1>
- Gross, J. J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, *2*, 271-299. <http://dx.doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Groves, S., Backer, H. S., Van den Bosch, W., & Miller, A. (2012). Review: Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, *17*(2): 65–75. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2011.611.x>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & de La Rivière, S. G. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *9*, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>
- Guilé, J. M., Huynh, C., Breton, J. J., De La Rivière, S. G., Berthiaume, C., St-Georges, M., & Labelle, R. (2016). Familial and Clinical Correlates in Depressed Adolescents with Borderline Personality Disorder Traits. *Frontiers in Pediatrics*, *4*, 87. <https://doi.org/10.3389/fped.2016.00087>
- Guillén, V., Bolo, S., Fonseca-Baeza, S., Pérez, S., García-Alandete, J., Botella, C., & Marco, J. H. (2023). Psychological assessment of parents of people diagnosed with borderline personality disorder and comparison with parents of people without psychological disorders. *Frontiers in Psychology*, *13*, 1097959. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1097959>
- Guillén, V., Díaz-García, A., Mira, A., García-Palacios, A., Escrivá-Martínez, T., Baños, R., & Botella, C. (2021). Interventions for Family Members and Carers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *Family Process*, *60*(1), 134–144. <https://doi.org/10.1111/famp.12537>
- Guillén, V., Fonseca-Baeza, S., Fernández-Felipe, I., Botella, C., Baños, R., García-Palacios, A., & Marco, J. H. (2022). Effectiveness of family connections intervention for family members of persons with personality disorders in two different formats: Online vs face-to-face. *Internet interventions*, *28*, 100532. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2022.100532>

- Guillén, V., Marco, H., Fonseca-Baeza, S., Fernández, I., Jorquera, M., Cebolla, A., & Baños, R. (2022). Mindfulness Component in a Dialectical Behavioural Therapy Group Intervention for Family Members of Borderline Personality Disorder Patients. *Psicothema*, *34*(3), 392–401. <https://doi.org/10.7334/psicothema2021.411>
- Gunderson J. G. (2010). Revising the borderline diagnosis for DSM-V: an alternative proposal. *Journal of Personality Disorders*, *24*(6), 694–708. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.6.694>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, *22*(1), 22–41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Haliczer, L. A., Woods, S. E., & Dixon-Gordon, K. L. (2021). Emotion regulation difficulties and interpersonal conflict in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, *12*(4), 347–353. <https://doi.org/10.1037/per0000436>
- Harley, R., Sprich, S., Safren, S., Jacobo, M., & Fava, M. (2008). Adaptation of dialectical behavior therapy skills training group for treatment-resistant depression. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *196*(2), 136–143. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e318162aa3f>
- Hayes, A. M., & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *11*, 255-262.
- Hernández, A., Arntz, A., Gaviria, A. M., Labad, A., & Gutiérrez-Zotes, J. A. (2012). Relationships between childhood maltreatment, parenting style, and borderline personality disorder criteria. *Journal of Personality Disorders*, *26*(5), 727–736. <https://doi.org/10.1521/pedi.2012.26.5.727>
- Hervás, G., Cebolla, A., & Soler, J. (2016). Intervenciones psicológicas basadas en mindfulness y sus beneficios: estado actual de la cuestión. *Clínica y Salud*, *27*, 115-124. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.09.002> 113
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud*, *19*(2), 139-156.
- Hervás, G., & Vazquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion*, *11*(4), 881–895. <https://doi.org/10.1037/a0021770>

- Hoffman, P. D., Buteau, E., Hooley, J. M., Fruzzetti, A. E., & Bruce, M. L. (2003). Family members' knowledge about borderline personality disorder: correspondence with their levels of depression, burden, distress, and expressed emotion. *Family Process*, 42(4), 469–478. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00469.x>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., Buteau, E., Neiditch, E. R., Penney, D., Bruce, M. L., Hellman, F., & Struening, E. (2005). Family tions: a program for relatives of persons with borderline personality disorder. *Family Process*, 44(2), 217–225. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2005.00055.x>
- Hoffman, P. D., Fruzzetti, A. E., & Swenson, C. R. (1999). Dialectical behavior therapy-family skills training. *Family Process*, 38(4), 399–414. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1999.399.x>
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A., & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapy on anxiety and depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 169–183. <https://doi.org/10.1037/a0018555>
- Hoge, E. A., Bui, E., Marques, L., Metcalf, C. A., Morris, L. K., Robinaugh, D. J., Worthington, J. J., Pollack, M. H., & Simon, N. M. (2013). Randomized controlled trial of mindfulness meditation for generalized anxiety disorder: effects on anxiety and stress reactivity. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(8), 786–792. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08083>
- Holmqvist Larsson, K., Andersson, G., Stern, H., & Zetterqvist, M. (2020). Emotion regulation group skills training for adolescents and parents: A pilot study of an add-on treatment in a clinical setting. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 25(1), 141–155. <https://doi.org/10.1177/1359104519869782>
- Hölzel, B. K., Lazar, S. W., Gard, T., Schuman-Olivier, Z., Vago, D. R., & Ott, U. (2011). How Does Mindfulness Meditation Work? Proposing Mechanisms of Action From a Conceptual and Neural Perspective. *Perspectives on psychological science: a journal of the Association for Psychological Science*, 6(6), 537–559. <https://doi.org/10.1177/1745691611419671>
- Hunnicut-Hollenbaugh, K., & Lenz, A. (2018). Preliminary Evidence for the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents. *Journal of Counseling and Development*. 96, 119-131. <https://doi.org/10.1002/jcad.12186>

- Ibraheim, M., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0052-x>
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2018). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 23(1), 57–76. doi:10.1177/1359104517712778
- Insel, P. M., & Moos, R. H. (1974). Psychological environments: Expanding the scope of human ecology. *American Psychologist*, 29(3), 179-188. doi: 10.1037/h0035994
- Jacobson, C. M., Muehlenkamp, J. J., Miller, A. L., & Turner, J. B. (2008). Psychiatric impairment among adolescents engaging in different types of deliberate self-harm. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 37(2), 363–375.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance, a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 12–19. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.59.1.12>
- Jimenez, S.S., Niles, B.L. & Park, C.L (2010) A mindfulness model of affect regulation and depressive symptoms: Positive emotions, mood regulation expectancies, and self-acceptance as regulatory mechanisms. *Personality and Individual Differences* 49(6): 645–650.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Chen, H., Kasen, S., & Brook, J. S. (2006). Parenting behaviors associated with risk for offspring personality disorder during adulthood. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 579–587. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.5.579>
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Poulsen, S., & Simonsen, E. (2021). Burden and Treatment Satisfaction among Caregivers of Adolescents with Borderline Personality Disorder. *Family Process*, 60(3), 772–787. <https://doi.org/10.1111/famp.12593>
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your mind to face stress, pain and illness*. New York: Dell.
- Kaess, M., Brunner, R., & Chanen, A. (2014). Borderline personality disorder in adolescence. *Pediatrics*, 134(4), 782-793. doi: 10.1542/peds.2013-3677
- Katz, L. Y., Cox, B. J., Gunasekara, S., & Miller, A. L. (2004). Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. *Journal of the American*

- Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(3), 276–282.
<https://doi.org/10.1097/00004583-200403000-00008>
- Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., Rao, U., Flynn, C., Moreci, P., Williamson, D., & Ryan, N. (1997). Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(7), 980–988. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
- Kaur, M., & Sanches. (2022). Parenting Role in the Development of Borderline Personality Disorder. *Psychopathology*. 56. 1-8. 10.1159/000524802.
- Keng, S. L., & Wong, Y. Y. (2017). Association among self-compassion, childhood invalidation, and borderline personality disorder symptomatology in a Singaporean sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 24. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0075-3>
- Kernberg, O. (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Madrid: Paidós.
- Klein, D. A., & Miller, A. L. (2011). Dialectical behavior therapy for suicidal adolescents with borderline personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 205–216. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.1>
- Koerner, K. (2013). What must you know and do to get good outcomes with TDC? *Behavior Therapy*, 44(4), 568–579. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.5>
- Korner, A., Gerull, F., Meares, R., & Stevenson, J. (2008). The nothing that is something: core dysphoria as the central feature of borderline personality disorder. Implications for treatment. *American Journal of Psychotherapy*, 62(4), 377–394. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2008.62.4.377>
- Kothgassner, O. D., Goreis, A., Robinson, K., Huscsava, M. M., Schmahl, C., & Plener, P. L. (2021). Efficacy of dialectical behavior therapy for adolescent self-harm and suicidal ideation: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, 51(7), 1057–1067. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001355>
- Kramer, U., Grandjean, L., Beuchat, H., Kolly, S., Conus, P., de Roten, Y., Draganski, B., & Despland, J. N. (2020). Mechanisms of change in brief treatments for borderline personality disorder: a protocol of a randomized controlled trial. *Trials*, 21(1), 335. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-4229-z>
- Krantz, L. H., McMMain, S., & Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of

- dialectical behaviour therapy group skills training. *Behaviour Research and Therapy*, *104*, 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.02.006>
- Krause-Utz, A., Erol, E., Brousianou, A. V., Cackowski, S., Paret, C., Ende, G., & Elzinga, B. (2019). Self-reported impulsivity in women with borderline personality disorder: the role of childhood maltreatment severity and emotion regulation difficulties. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *6*, 6. <https://doi.org/10.1186/s40479-019-0101-8>
- Krawitz, R. (2012). Behavioural treatment of severe chronic self-loathing in people with borderline personality disorder. Part 2: Self-compassion and other interventions. *Australasian psychiatry: bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, *20*(6), 501–506. <https://doi.org/10.1177/1039856212459586>
- Lang, C. M., Edwards, A. J., Mittler, M. A., & Bonavitacola, L. (2018). Dialectical Behavior Therapy With Prolonged Exposure for Adolescents: Rationale and Review of the Research. *Cognitive and Behavioral Practice*, *25*, (3); 416-426. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.12.5>.
- Lemos, S., Vallejo, G., & Sandoval, M. (2002). Estructura factorial del Youth Self-report (YSR). *Psicothema*, *14*, 816-822.
- Lenzenweger, M. F., & Desantis Castro, D. (2005). Predicting change in borderline personality: Using neurobehavioral systems indicators within an individual growth curve framework. *Development and Psychopathology*, *17*(4), 1207–1237. <https://doi.org/10.1017/s0954579405050571>
- Lenzenweger, M. F., Lane, M. C., Loranger, A. W., & Kessler, R. C. (2007). DSM-IV Personality Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Biological Psychiatry*, *62*, 553-564. doi: 10.1016/j.biopsych.2006.09.019
- Leontieva, L., & Gregory, R. (2013). Characteristics of patients with borderline personality disorder in a state psychiatric hospital. *Journal of Personality Disorders*, *27*(2), 222–232. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.222>
- Levy, K. N., McMains, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 711–728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. New York, NY: Guilford Press; US.

- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder. Diagnosis and Treatment of Mental Disorders*. New York, NY: Guilford Press; US.
- Linehan, M. M., Bohus, M., & Lynch, T. (2007). Dialectical behaviour therapy for pervasive emotion dysregulation. Theoretical and practical underpinnings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 581–605). New York, NY: The Guilford Press.
- Lipschitz, J., Yen, S., Weinstock, L., & Spirito, A. (2012). Adolescent and caregiver perception of family functioning: relation to suicide ideation and attempts. *Psychiatry Research*, *200*(2-3), 400-403. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.051
- Liu, J., Zhao, K., Kang, W., Tong, S., Xu, Y., Jin, W., Qiao, M., Li, Y., Hong, L., Yao, K., & Zheng, T. (2023). The Association of Borderline Personality Features and Self-Injury Among Adolescents with Non-Suicidal Self-Injury: The Mediating Role of Alexithymia. *Psychology Research and Behavior Management*, *16*, 1741–1754. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S404057>
- Lobbestael, J., Arntz, A., & Bernstein, D. P. (2010). Disentangling the relationship between different types of childhood maltreatment and personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, *24*(3), 285–295.
- Lucksted, A., Stewart, B., & Forbes, C. (2008). Benefits and changes for family to family graduates. *American Journal of Community Psychology*, (1-2), 154-166. doi: 10.1007/s10464-008-9195-7
- Lynch, T. R., Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z., Kuo, J.R., & Linehan M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: theoretical and empirical observations. *Journal of Clinical Psychology*; *62*, 459 – 80.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N., & Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 181–205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Lyng, J., Swales, M. A., Hastings, R. P., Millar, T., Duffy, D. J., & Booth, R. (2020). Standalone DBT Group Skills Training Versus Standard (i.e. All Modes) DBT for Borderline Personality Disorder: A Natural Quasi-experiment in Routine Clinical Practice. *Community Mental Health Journal*, *56*(2), 238–250. <https://doi.org/10.1007/s10597-019-00485-7>

- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry Research*, *206*(2-3), 273–281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.09.030>
- Ma, Y., & Fang, S. (2019). Adolescents' Mindfulness and psychological distress: the mediating role of emotion regulation. *Frontiers in Psychology*, *1*, 1358. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01358>
- Machell, K., Rallis, B., & Esposito-Smythers, C. (2016). Family environment as a moderator of the association between anxiety and suicidal ideation. *Journal of Anxiety Disorders*, *40*, 1-7. doi: 10.1016/j.janxdis.2016.03.002.
- MacPherson, H.A., Cheavens, J.S., & Fristad, M.A. (2013). Dialectical behavior therapy for adolescents, Theory, treatment adaptations, and empirical outcomes. *Clinical Child and Family Psychology Review*, *16*, 59–80. <http://dx.doi.org/10.1007/s10567-012-0126-7>
- Marco, J. H., García-Palacios, A., & Botella, C. (2013). Dialectical behavioural therapy for oppositional defiant disorder in adolescents: A case series. *Psicothema*, *25*, 158–163.
- Marco, S., Mayoral, M., & Hervás, G. (2023). Dialectical Behavioral Skills Group Therapy for Parents of Adolescents with Borderline Personality Disorder: A Pilot Study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13591045231177329. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/13591045231177329>
- Marks, A. D., Sobanski, D. J., & Hine, D. W. (2010). Do dispositional rumination and/or mindfulness moderate the relationship between life hassles and psychological dysfunction in adolescents? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *44*(9), 831–838. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.487478>
- Marrero, R. J., Bello, M., Morales-Marrero, D., & Fumero, A. (2023). Emotion Regulation Difficulties, Family Functioning, and Well-Being Involved in Non-Suicidal Self-Injury and Suicidal Risk in Adolescents and Young People with Borderline Personality Traits. *Children*, *10*(6), 1057. <https://doi.org/10.3390/children10061057>
- Marsh, I.C., Chan, S.W.Y., & MacBeth, A. (2018). Self-compassion and Psychological Distress in Adolescents—a Meta-analysis. *Mindfulness*, *9*, 1011–1027. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0850-7>

- Martin, S., Del-Monte, J., & Graziani, P. (2019). Impulsivity issues in borderline personality disorder and its links with insight: the role of urgency. *Heliyon*, 5(10), e02564. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02564>
- Martinez-Arias, R., Castellanos-López, M. A., & Chacon-Gomez, J. C. (2015). *Análisis de datos en psicología y ciencias de la salud. Volumen II, Inferencia estadística*. Madrid, Editorial EOS.
- Maxwell, S. E., Cole, D. A., & Mitchell, M. A. (2011). Bias in cross-sectional analyses of longitudinal mediation: Partial and complete mediation under an autoregressive model. *Multivariate Behavioral Research*, 46(5), 816-841.
- Mayoral, M., Valencia, F., Calvo, A., Roldan, L., Espliego, A., Rodriguez-Toscano, E., Kehrmann, L., Arango, C., & Delgado, C. (2020). Development of an early intervention programme for adolescents with emotion dysregulation and their families: Actions for the treatment of adolescent personality (ATraPA). *Early Intervention in Psychiatry*, 14(5), 619–624. <https://doi.org/10.1111/eip.12934>
- McCauley, E., Berk, M. S., Asarnow, J. R., Adrian, M., Cohen, J., Korlund, K., Avina, C., Hughes, J., Harned, M., Gallop, R., & Linehan, M. M. (2018). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy for Adolescents at High Risk for Suicide: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 75(8), 777–785. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.1109>
- McDonnell, M., Short, R., Berry, C., & Dyck, D. G. (2003). Burden in schizophrenia caregivers: impact of family psychoeducation and awareness of patient suicidality. *Family Process*, 42(1), 91-103. doi: 10.1111/j.1545-5300.2003.00091.x
- McMain, S. F., Guimond, T., Streiner, D. L., Cardish, R. J., & Links, P. S. (2012). Dialectical behavior therapy compared with general psychiatric management for borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning over a 2-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 169, 650–661.
- McQuade, J. D., Dixon-Gordon, K. L., Breaux, R., & Babinski, D. E. (2022). Interactive Effects of Parent Emotion Socialization and Child Physiological Reactivity in Predicting Adolescent Borderline Personality Disorder Features. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 50(1), 89–100. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00717-5>
- Meadows, L., Kaslow, N., Thompson, M., & Jurkovic G. (2005). Protective factors against suicide attempt risk among African American women experiencing

- intimate partner violence. *American Journal of Community Psychology*, 36(1-2), 109-121. doi: 10.1007/s10464-005-6236-3
- Mehlum, L. (2021). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy for people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology*, 37, 89–93. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.017>
- Mehlum, L., Ramberg, M., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2016). Dialectical Behavior Therapy Compared With Enhanced Usual Care for Adolescents With Repeated Suicidal and Self-Harming Behavior: Outcomes Over a One-Year Follow-Up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(4), 295–300. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.01.005>
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., Miller, A. L., Larsson, B., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and allied disciplines*, 60(10), 1112–1122. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13077>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., Larsson, B. S., Stanley, B. H., Miller, A. L., Sund, A. M., & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(10), 1082–1091. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2014.07.003>
- Meshkinyazd, A., Heydari, A., & Fayyazi Bordbar, M. (2020). Lived Experiences of Caregivers of Patients with Borderline Personality Disorder: A Phenomenological Study. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 8(2), 177–188. <https://doi.org/10.30476/IJCBNM.2020.83358.1154>
- Miano, A., Lustig, S., Meyerding, L., & Barnow, S. (2023). Accuracy and Bias in Facial Trustworthiness Appraisals in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 37(5), 525–541. <https://doi.org/10.1521/pedi.2023.37.5.525>
- Miljkovitch, R., Deborde, A. S., Bernier, A., Corcos, M., Speranza, M., & Pham-Scottez, A. (2018). Borderline Personality Disorder in Adolescence as a Generalization of

- Disorganized Attachment. *Frontiers in Psychology*, 9, 1962.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01962>
- Miller A. L. (1999). Dialectical behavior therapy: a new treatment approach for suicidal adolescents. *American journal of Psychotherapy*, 53(3), 413–417.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1999.53.3.413>
- Miller, A. L., Glinski J., Woodberry, K., Mitchell, A. G., & Indik, J. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents, Proposing a clinical synthesis. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 568-584.
<https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.568>
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 969-981. doi: 10.1016/j.cpr.2008.02.004
- Miller, A. L., Rathus, J. H., & Linehan, M. M. (2007) *Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents*. New York, NY: The Guilford Press.
- Miller, M.L., & Skerven, K. (2017). Family Skills: A Naturalistic Pilot Study of a Family-Oriented Dialectical Behavior Therapy Program. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 6, 79–93.
- Mirkovic, B., Delvenne, V., Robin, M., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2021). Borderline personality disorder and adolescent suicide attempt: the mediating role of emotional dysregulation. *BMC psychiatry*, 21(1), 393.
<https://doi.org/10.1186/s12888-021-03377-x>
- Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 75(6), 958–969.
<https://doi.org/10.1002/jclp.22744>
- Moos, R. H. (1974). *The social climate scales: an overview*. Palo Alto: Consulting Psychologists Press.
- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal Emotion Regulation: Links to Emotion Parenting and Child Emotion Regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1891–1916. <https://doi.org/10.1177/0192513X14546720>
- Moselli, M., Casini, M. P., Frattini, C., & Williams, R. (2021). Suicidality and Personality Pathology in Adolescence: A Systematic Review. *Child Psychiatry and Human Development*, 10.1007/s10578-021-01239-x.

- Muris, P., Otgaar, H., Meesters, C., Heutz, A., & van den Homborgh, M. (2019). Self-compassion and Adolescents' Positive and Negative Cognitive Reactions to Daily Life Problems. *Journal of Child and Family Studies*, 28, 1433-1444.
- Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'? *Clinical Psychology Review*, 65, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.003>
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK) (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. Leicester, UK: British Psychological Society. (NICE Clinical Guidelines, No. 78.)
- Navarro-Haro, M. V., Mozota-Chaudrón, P., & García-Palacios, A. (2023). Revisión de revisiones sobre la eficacia de los tratamientos psicológicos para adolescentes con trastorno de la personalidad límite. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 10, 91-98. <https://doi.org/10.21134/rpcna.2023.10.8>.
- Neacsiu, A. D., Lyn, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 48(9), 832–839. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.017>
- Neff, K. D. (2003). Self-Compassion: An Alternative Conceptualization of a Healthy Attitude Toward Oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85–101. <https://doi.org/10.1080/15298860309032>
- Neff, K. D., Kirkpatrick, K., & Rude, S. S. (2007). Self compassion and its link to adaptive psychological functioning. *Journal of Research in Personality*, 41, 139–154.
- Neff, K. D., & McGehee, P. (2010). Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and Identity*, 9(3), 225–240. <https://doi.org/10.1080/15298860902979307>
- Neff, K. D., Rude, S. S., & Kirkpatrick, K. L. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *Journal of Research in Personality*, 41(4), 908–916. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2006.08.002>
- Nelson-Gray, R. O., Keane, S. P., Hurst, R. M., Mitchell, J. T., Warburton, J. B., Chok, J. T., & Cobb, A. R. (2006). A modified DBT skills training program for oppositional defiant adolescents: promising preliminary findings. *Behaviour*

- Research and Therapy*, 44(12), 1811–1820.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2006.01.004>
- Ng, F. Y., Bourke, M. E., & Grenyer, B. F. (2016). Recovery from Borderline Personality Disorder: A Systematic Review of the Perspectives of Consumers, Clinicians, Family and Carers. *PloS One*, 11(8), e0160515.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0160515>
- Nicastro, R., Jermann, F., Bondolfi, G., & McQuillan, A. (2010). Assessment of mindfulness with the French version of the Kentucky Inventory of Mindfulness Skills in community and borderline personality disorder samples. *Assessment*, 17(2), 197–205. <https://doi.org/10.1177/1073191110363551>
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885–890. doi:10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Nolen-Hoeksema, S., McBride, A., & Larson, J. (1997). Rumination and psychological distress among bereaved partners. *Journal of Personality and Social Psychology*, 72(4), 855–862. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.72.4.855>
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Suicide Worldwide in 2019*. World Health Organization.
- O’Toole, S.K., Diddy, E., & Kent, M. (2012). Mindfulness and Emotional Well-being in Women with Borderline Personality Disorder. *Mindfulness*, 3, 117–123.
<https://doi.org/10.1007/s12671-011-0085-y>
- Pallant, J. (2007). *SPSS survival manual. A step by step guide to data analysis using SPSS for windows* (3rd ed.). Maidenhead, Open University Press.
- Panos, P. T., Jackson, J. W., Hasan, O., & Panos, A. (2014). Meta-Analysis and Systematic Review Assessing the Efficacy of Dialectical Behavior Therapy (TDC). *Research on Social Work Practice*, 24(2), 213–223.
<https://doi.org/10.1177/1049731513503047>
- Papadopoulos, R., Fisher, P., Leddy, A., Maxwell, S., & Hodgekins, J. (2022). Diagnosis and dilemma: Clinician experiences of the use of 'borderline personality disorder' diagnosis in children and adolescents. *Personality and Mental Health*, 16(4), 300–308. <https://doi.org/10.1002/pmh.1541>
- Paris J. (2005). The development of impulsivity and suicidality in borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17(4), 1091–1104.
<https://doi.org/10.1017/s0954579405050510>

- Paris, J. (2018). Differential Diagnosis of Borderline Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 575–582. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.001>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pepping, C. A., Duvenage, M., Cronin, T. J., & Lyons, A. (2016). Adolescent mindfulness and psychopathology: The role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 99, 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.04.089>
- Pérez-Álvarez, M. (2014). *Las Terapias de Tercera Generación como Terapias Contextuales*. Síntesis: Madrid.
- Perroud, N., Nicastro, R., Jermann, F., & Huguelet, P. (2012). Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: preliminary results. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 16(3), 189–196. <https://doi.org/10.3109/13651501.2012.674531>
- Pineda, J., Mark, R., & Dadds, M. (2013). Family intervention for adolescents with suicidal behaviour: A randomized controlled trial and mediation analysis. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 52(8), 851–862. doi: 10.1016/j.jaac.2013.05.015
- Porter, C., Palmier-Claus, J., Branitsky, A., Mansell, W., Warwick, H., & Varese, F. (2020). Childhood adversity and borderline personality disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 141(1), 6–20. <https://doi.org/10.1111/acps.13118>
- Qian, X., Townsend, M. L., Tan, W. J., & Grenyer, B. F. S. (2022). Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. *PloS One*, 17(12), e0279015. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0279015>
- Rajalin, M., Wickholm-Pethrus, L., Hursti, T., & Jokinen, J. (2009). Dialectical behavior therapy-based skills training for family members of suicide attempters. *Archives of Suicide Research, Official Journal of the International Academy for Suicide Research*, 13(3), 257–263. <https://doi.org/10.1080/13811110903044401>
- Raphael, H., Clarke, G., & Kumar, S. (2006). Exploring parents' responses to their child's deliberate self-harm. *Health Education*, 106(1), 9–20. doi: 10.1108/09654280610637166

- Rathus J. H., & Miller A. L. (2002). Dialectical behavior therapy adapted for suicidal adolescents. *Suicide and Life-Threatening Behaviors*, 32,146-157. <https://doi.org/10.1521/suli.32.2.146.24399>
- Rathus, J. H., & Miller, A. L. (2015). *DBT Skills Manual for Adolescents*. Guilford Press: New York.
- Ratnaweera, N., Hunt, K., & Camp, J. (2021). A Qualitative Evaluation of Young People's, Parents' and Carers' Experiences of a National and Specialist CAMHS Dialectical Behaviour Therapy Outpatient Service. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5927. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115927>
- Roberts, R. E., Attkinsson, C. C., & Mendias, R. M. (1984) Assessing the client satisfaction questionnaire in English and Spanish. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 6(4), 385-95. <https://doi.org/10.1177/07399863840064004>
- Roberts, A., de Visser, R., Rosten, C., Startup, H., & Strauss, C. (2023). Does trait mindfulness mediate the relationship between borderline personality symptoms and emotion dysregulation? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 10(1), 19. <https://doi.org/10.1186/s40479-023-00225-0>
- Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: current status, recent developments, and future directions. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73–89. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>
- Rosenthal, M.Z., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W., & Lynch, T.R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9):1173-1185. DOI: 10.1016/j.brat.2004.08.006. PMID: 16005704.
- Rudge, S., Feigenbaum, J. D., & Fonagy, P. (2020). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy and cognitive behaviour therapy for borderline personality disorder: a critical review of the literature. *Journal of Mental Health*, 29(1), 92–102. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1322185>
- Salbach-Andrae, H., Bohnekamp, I., Pfeiffer, E., Lehmkuhl, U., & Miller, A. L. (2008). Dialectical behavior therapy of anorexia and bulimia nervosa among adolescents: A case series. *Cognitive and Behavioral Practice*, 15, 415–425. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2008.04.001>
- Salbach-Andrae, H., Bürger, A., Klinkowski, N., Lenz, K., Pfeiffer, E., Fydrich, T., & Lehmkuhl, U. (2008). Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen im Jugendalter

- nach SKID-II [Diagnostic of personality disorders in adolescence according to SCID-II]. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 36(2), 117–125. <https://doi.org/10.1024/1422-4917.36.2.117>
- Salgó, E., Szeghalmi, L., Bajzát, B., Berán, E., & Unoka, Z. (2021). Emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with borderline personality disorder, compared to healthy control subjects. *PloS One*, 16(3), e0248409. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248409>
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(2), 260–267. <https://doi.org/10.1007/s10862-012-9275-8>
- Sansone, R. A., Farukhi, S., & Wiederman, M. W. (2013) Perceptions of childhood caretakers and borderline personality symptomatology. *Child Abuse & Neglect*, 37, 1030-1033. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.06.008>.
- Santamarina-Perez, P., Mendez, I., Singh, M. K., Berk, M., Picado, M., Font, E., Moreno, E., Martínez, E., Morer, A., Borràs, R., Cosi, A., & Romero, S. (2020). Adapted Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with a High Risk of Suicide in a Community Clinic: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Suicide & life-threatening behavior*, 50(3), 652–667. <https://doi.org/10.1111/sltb.12612>
- Schaich, A., Assmann, N., Köhne, S., Alvarez-Fischer, D., Borgwardt, S., Schweiger, U., Klein, J. P., & Faßbinder, E. (2021). The mediating effect of difficulties in emotion regulation on the association between childhood maltreatment and borderline personality disorder. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1934300. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1934300>
- Scheibner, H. J., Daniels, A., Guendelman, S., Utz, F., & BERPohl, F. (2017). Self-Compassion Mediates the Relationship Between Mindfulness and Borderline Personality Disorder Symptoms. *Journal of Personality Disorders*, 1–19. Advance online publication. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_331
- Schmidt, C., Soler, J., Carmona I Farrés, C., Elices, M., Domínguez-Clavé, E., Vega, D., & Pascual, J. C. (2021). Mindfulness in Borderline Personality Disorder: Decentering Mediates the Effectiveness. *Psicothema*, 33(3), 407–414. <https://doi.org/10.7334/psicothema2020.437>
- Schuppert, H. M., Albers, C. J., Minderaa, R. B., P Emmelkamp, P. M. G. & Nauta, M. H. (2012). Parental rearing and psychopathology in mothers of adolescents with

- and without borderline personality symptoms. *Psychiatry and Mental Health*, 6(1), 29. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-6-29>.
- Schuppert, H. M., Giesen-Bloo, J., van Gemert, T. G., Wiersema, H. M., Minderaa, R. B., Emmelkamp, P. M., & Nauta, M. H. (2009). Effectiveness of an emotion regulation group training for adolescents--a randomized controlled pilot study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(6), 467–478. <https://doi.org/10.1002/cpp.637>
- Seisdedos, N., Victoria de la Cruz, M., & Cordero, A. (1989). *Escalas de Clima Social (FES)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Selby, E. A., Fehling, K. B., Panza, E. A., & Kranzler, A. (2016). Rumination, mindfulness, and borderline personality disorder symptoms. *Mindfulness*, 7(1), 228-235. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0432-5>
- Selva, G., Bellver, F., & Carabal, E. (2005) Epidemiología del trastorno límite de la personalidad. In Cervera, G., Haro, G., & Martínez-Raga, J. (Ed.). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder: Current Status and Future Directions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Shapiro, S.L., Carlson, L.E., Astin, J.A., & Freedman, B. (2006). Mechanisms of mindfulness. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 373–386.
- Shapiro, S. L., Oman, D., Thoresen, C. E., Plante, T. G., & Flinders, T. (2008). Cultivating mindfulness: effects on well-being. *Journal of Clinical Psychology*, 64(7), 840–862.
- Sharp, C., & Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence--recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(12), 1266–1288. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12449>
- Sharp, C., Vanwoerden, S., Gallagher, M. W., Williams, L., & Newlin, E. (2021). The Course of Borderline Psychopathology in Adolescents with Complex Mental Health Problems: An 18 Month Longitudinal Follow-up Study. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*, 49(4), 545–557. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00756-y>

- Sharp, C., Vanwoerden, S., & Wall, K. (2018). Adolescence as a Sensitive Period for the Development of Personality Disorder. *The Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 669–683. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.004>
- Sher, L., Rutter, S. B., New, A. S., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2019). Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/acps.12981>
- Sicorello, M., & Schmahl, C. (2021). Emotion dysregulation in borderline personality disorder: A fronto-limbic imbalance? *Current Opinion in Psychology*, 37, 114–120. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.002>
- Smith, L., Hunt, K., Parker, S., Camp, J., Stewart, C., & Morris, A. (2023). Parent and Carer Skills Groups in Dialectical Behaviour Therapy for High-Risk Adolescents with Severe Emotion Dysregulation: A Mixed-Methods Evaluation of Participants' Outcomes and Experiences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(14), 6334. <https://doi.org/10.3390/ijerph20146334>
- Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: Results from a pilot randomized study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 3, 1. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0035-8>
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., Gich, I., Alvarez, E., & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 353–358. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.01.013>
- Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2020). Quality or quantity? A multistudy analysis of emotion regulation skills deficits associated with borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 11(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/per0000357>
- Stepp, S. D. (2012). Development of Borderline Personality Disorder in Adolescence and Young Adulthood: Introduction to the Special Section. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(1), 1-5. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9594-3>.

- Stepp, S. D., Olino, T. M., Klein, D. N., Seeley, J. R., & Lewinsohn, P. M. (2013). Unique influences of adolescent antecedents on adult borderline personality disorder features. *Personality Disorders, 4*(3), 223–229. <https://doi.org/10.1037/per0000015>
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of rearing and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and Psychopathology, 26*, 361–378. <https://doi.org/10.1017/S0954579413001041>
- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rucker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of Systematic Reviews, 2012*(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Sunseri, P. A. (2004). Preliminary Outcomes on the Use of Dialectical Behavior Therapy to Reduce Hospitalization Among Adolescents in Residential Care. *Residential Treatment for Children & Youth, 21*(4), 59–76. https://doi.org/10.1300/J007v21n04_06
- Swales, M. A., & Heard, H. L. (2009). *Dialectical behaviour therapy: Distinctive features*. Routledge/Taylor & Francis Group.
- Tebbett-Mock, A. A., Saito, E., McGee, M., Woloszyn, P., & Venuti, M. (2020). Efficacy of Dialectical Behavior Therapy Versus Treatment as Usual for Acute-Care Inpatient Adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59*(1), 149–156. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.01.020>
- Temes, C. M., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2019). Deaths by Suicide and Other Causes Among Patients With Borderline Personality Disorder and Personality-Disordered Comparison Subjects Over 24 Years of Prospective Follow-Up. *The Journal of Clinical Psychiatry, 80*(1), 18m12436. <https://doi.org/10.4088/JCP.18m12436>
- Temes, C. M., & Zanarini, M. C. (2018). The longitudinal course of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 41*(4), 685–694. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.002>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders, 28*(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093

- Tørmoen, A. J., Grøholt, B., Haga, E., Brager-Larsen, A., Miller, A., Walby, F., Stanley, B., & Mehlum, L. (2014). Feasibility of dialectical behavior therapy with suicidal and self-harming adolescents with multi-problems: training, adherence, and retention. *Archives of suicide research: official journal of the International Academy for Suicide Research*, *18*(4), 432–444. <https://doi.org/10.1080/13811118.2013.826156>
- Tyrer, P., Crawford, M., y Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet*, *377*(9780):1814–1815.
- Ulloa, R. E., Ortiz, S., Higuera, F., Nogales, I., Fresán, A., Apiquian, R., Cortés, J., Arechavaleta, B., Foullieux, C., Martínez, P., Hernández, L., Domínguez, E., & de la Peña, F. (2006). Estudio de fiabilidad interevaluador de la versión en español de la entrevista Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL) [Interrater reliability of the Spanish version of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children--Present and Lifetime version (K-SADS-PL)]. *Actas Españolas de Psiquiatria*, *34*(1), 36–40.
- Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: a systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1002/jclp.22114>
- Vanwoerden, S., Byrd, A. L., Vine, V., Beeney, J. E., Scott, L. N., & Stepp, S. D. (2021). Momentary borderline personality disorder symptoms in youth as a function of parental invalidation and youth-perceived support. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *63*(2), 178–186. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13443>
- Vanwoerden, S., Kalpakci, A., & Sharp, C. (2017). The relations between inadequate parent-child boundaries and borderline personality disorder in adolescence. *Psychiatry Research*, *257*, 462–471. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.08.015>
- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulkens, J. E. M., Sobczak, S., & van Alphen, S. P. J. (2019). A Life Span Perspective on Borderline Personality Disorder. *Current Psychiatry Reports*, *21*(7), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Vujanovic, A. A., Bonn-Miller, M. O., Bernstein, A., McKee, L. G., & Zvolensky, M. J. (2010). Incremental validity of mindfulness skills in relation to emotional

- dysregulation among a young adult community sample. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(3), 203–213. <https://doi.org/10.1080/16506070903441630>
- Warren, R. (2015). Emotion regulation in borderline personality disorder: the role of self-criticism, shame, and self-compassion: (commentary on Emotional processing in a ten-session general psychiatric treatment for Borderline Personality Disorder: a case study). *Personality and Mental Health*, 9(1), 84–86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1290>
- Weiner, A. S., Ensink, K., & Normandin, L. (2018). Psychotherapy for Borderline Personality Disorder in Adolescents. *The Psychiatric clinics of North America*, 41(4), 729–746. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.005>
- Wertz, J., Caspi, A., Ambler, A., Arseneault, L., Belsky, D. W., Danese, A., Fisher, H. L., Matthews, T., Richmond-Rakerd, L. S., & Moffitt, T. E. (2020). Borderline Symptoms at Age 12 Signal Risk for Poor Outcomes During the Transition to Adulthood: Findings From a Genetically Sensitive Longitudinal Cohort Study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 59(10), 1165–1177.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.07.005>
- Whalen, D. J., Scott, L. N., Jakubowski, K. P., McMakin, D. L., Hipwell, A. E., Silk, J. S., & Stepp, S. D. (2014). Affective behavior during mother-daughter conflict and borderline personality disorder severity across adolescence. *Personality Disorders*, 5(1), 88–96. <https://doi.org/10.1037/per0000059>
- Winograd, G., Cohen, P., & Chen, H. (2008). Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(9), 933–41. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01930.x>.
- Winsper, C. (2018). The aetiology of borderline personality disorder (BPD): contemporary theories and putative mechanisms. *Current Opinion in Psychology*, 21, 105–110. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.10.005>
- Winsper, C. (2021). Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Current Opinion in Psychology*, 37, 94–97. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.010>
- Winsper, C., Lereya, S. T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J., & Singh, S. P. (2016). The aetiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 13–24. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.001>

- Winsper, C., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive rearing in childhood and borderline personality disorder symptoms in a nonclinical population at 11 years. *Psychological Medicine*, *5*, 1-16. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Wong, J., Bahji, A., & Khalid-Khan, S. (2020). Psychotherapies for Adolescents with Subclinical and Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, *65*(1), 5–15. <https://doi.org/10.1177/0706743719878975>
- Woodberry, K. A., Miller, A. L., Glinski, J., Indik, J., & Mitchell, A. G. (2002). Family therapy and dialectical behavior therapy with adolescents: Part II: A theoretical review. *American Journal of Psychotherapy*, *56*(4), 585–602. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.4.585>
- Woodberry, K. A., & Popenoe, E. J. (2008). Implementing dialectical behavior therapy with adolescents and their families in a community outpatient clinic. *Cognitive and Behavioral Practice*, *15*, 277–286. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2007.08.004>
- Wright, A. G., Zalewski, M., Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2016). Developmental Trajectories of Borderline Personality Disorder Symptoms and Psychosocial Functioning in Adolescence. *Journal of Personality Disorders*, *30*(3), 351–372. <https://doi.org/10.1521/pedi.2015.29.200>
- Wupperman, P., Neumann, C. S., & Axelrod, S. R. (2008). Do deficits in mindfulness underlie borderline personality features and core difficulties? *Journal of Personality Disorders*, *22*(5), 466–82. doi:10.1521/pedi.2008.22.5.466.
- Wupperman, P., Neumann, C. S., Whitman, J. B., & Axelrod, S. R. (2009). The role of mindfulness in borderline personality disorder features. *Journal of Nervous Mental Disease*, *197*(10), 766–771. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b97343>
- Xing, X., Tao, F., Wan, Y., Xing, C., Qi, X., Hao, J., Su, P., Pan, H., & Huang, L. (2010). Family factors associated with suicide attempts among Chinese adolescent students: A national cross-sectional survey. *Journal of Adolescent Health*, *46*, 592–599. doi: 10.1016/j.jadohealth.2009.12.006
- Yaroslavsky, I., Napolitano, S. C., & France, C. M. (2019). Ruminative responses to interpersonal precipitants mediate borderline personality disorder features' effects

- on distress reactivity and recovery in daily life. *Journal of Clinical Psychology*, 75(12), 2188–2209. <https://doi.org/10.1002/jclp.22839>
- Yen, S., Gagnon, K., & Spirito, A. (2013). Borderline personality disorder in suicidal adolescents. *Personality & Mental Health*, (2): 89–101. doi: 10.1002/pmh.1216
- Zahra, D., & Hedge, C. (2010). The Reliable Change Index: Why Isn't It More Popular in Academic Psychology? *The Psychologist Quarterly*, 76, 14-19.
- Zalewski, M., Lewis, J. K., & Martin, 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>
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 23(1), 89–101. [https://doi.org/10.1016/S0193-953X\(05\)70145-3](https://doi.org/10.1016/S0193-953X(05)70145-3)
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 122(2), 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>
- Zanarini, M. C., Temes, C. M., Magni, L. R., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Goodman, M. (2017). Prevalence rates of borderline symptoms reported by adolescent inpatients with BPD, psychiatrically healthy adolescents and adult inpatients with BPD. *Personality and Mental Health*, 11(3), 150–156. <https://doi.org/10.1002/pmh.1378>
- Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics: JDBP*, 27(2), 155–168. <https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014>
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918. doi: [10.1176/appi.ajp.162.10.1911](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.162.10.1911)

11. Anexos.

11.1. Anexo 1. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra clínica de Madrid.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES

TÍTULO: Estudio de la eficacia de un tratamiento dialéctico- conductual para adolescentes con riesgo suicida e inestabilidad emocional y sus familiares.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carlos Delgado Lacosta

CENTRO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que sufren trastornos de la personalidad y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar habilidades que disminuyan la frecuencia de crisis en los pacientes y sus familias.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tu y un familiar aceptáis participar, formareis parte de un grupo de sujetos de edades similares que recibirán 30 seminarios en grupo de una hora y media de duración donde se realizarán actividades orientadas a informar, promover el conocimiento de sus problemas y desarrollar estrategias y habilidades en su comportamiento que les permitan afrontar situaciones críticas: habilidades de atención plena, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades para tolerar el malestar. Un familiar acudirá contigo a los grupos.

Las actividades realizadas en grupo serán grabadas con un equipo de video para su posterior evaluación y supervisión del equipo clínico/ investigador.

La no asistencia al grupo de forma injustificada del adolescente o del familiar a tres sesiones de forma continuada o cinco alternas llevará implícito la exclusión del tratamiento. Podrá indicarse la repetición del mismo más adelante.

A su vez, al principio del estudio, a los seis meses, al año y a los dos años se administrarán una serie de escalas para medir las distintas variables a estudiar.

RIESGOS/BENEFICIOS

Al participar en este estudio, el equipo sanitario incluyendo a tu médico, seguirá de cerca tu estado de salud, pudiendo suponer un beneficio terapéutico para ti.

Además, una vez finalizado el estudio y si se comprueba que el programa terapéutico es efectivo, éste se incorporará al tratamiento habitual recibido por todos los pacientes de la unidad con problemas similares, con el consecuente beneficio para ellos.

CONFIDENCIALIDAD

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

Las grabaciones de video realizadas quedarán marcadas con un número específico (código) y la información obtenida se archivará de forma anónima y confidencial siendo las grabaciones destruidas en un plazo de 24 meses. El nombre o apellidos de los pacientes no aparecerán en ningún escrito ni comunicación derivada de este estudio.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en tu tratamiento o cuidados recibidos por parte de tu médico. Serás informado sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar tu permanencia o abandono del mismo.

CONTINUIDAD DE CUIDADOS

Aunque vengas a recibir tratamiento durante un tiempo a este Hospital mantener la relación con el Centro de Salud Mental u Hospital de Día que te derivó es fundamental para asegurar la continuidad del tratamiento.

Las consultas de urgencias que pudieran ocurrir durante el tiempo de asistencia a este Hospital seguirán haciéndose en el Centro u Hospital de referencia y no en este Hospital.

CONSENTIMIENTO GRABACIÓN

El equipo investigador se compromete a guardar la cinta en lugar seguro y a limitar su acceso exclusivamente al personal investigador.

Esta prueba será confidencial y destinada a la formación de profesionales y en ningún caso sus resultados serán difundidos fuera del ámbito de la evaluación sin su consentimiento explícito. Así mismo la grabación será destruida en un plazo de 24 meses. Las cintas grabadas serán utilizadas únicamente con fines de investigación y/o de formación a profesionales.

	SÍ	NO
Autorizo a que esta sesión sea grabada en video:		

Autorizo para que esta cinta sea utilizada:	SÍ	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para la investigación (Nombre del estudio:)		
Para la formación de profesionales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Dr. Carlos Delgado Lacosta en el número de teléfono 915868136.

Tendrás la posibilidad de llevarte a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

_____ He leído y comprendido este consentimiento informado

_____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

_____ Firma del investigador

_____ Fecha

NOTA: Se harán tres copias del consentimiento informado, una será para el investigador principal, otra para la historia clínica del paciente y la última para el menor o sus familiares.

CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIAR

TÍTULO: Estudio de la eficacia de un tratamiento dialéctico- conductual para adolescentes con riesgo suicida e inestabilidad emocional y sus familiares.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carlos Delgado Lacosta

CENTRO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que sufren trastornos de la personalidad y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar habilidades que disminuyan la frecuencia de crisis en los pacientes y sus familias.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si el adolescente y un familiar aceptan participar, formarán parte de un grupo de sujetos de edades similares que recibirán 30 seminarios en grupo de una hora y media de duración donde se realizarán actividades orientadas a informar, promover el conocimiento de sus problemas y desarrollar estrategias y habilidades en su comportamiento que les permitan afrontar situaciones críticas: habilidades de atención plena, habilidades de efectividad interpersonal, habilidades de regulación de las emociones y habilidades para tolerar el malestar.

Las actividades realizadas en grupo serán grabadas con un equipo de video para su posterior evaluación y supervisión del equipo clínico/ investigador

La no asistencia al grupo de forma injustificada del adolescente o del familiar a tres sesiones de forma continuada o cinco alternas llevará implícito la exclusión del tratamiento. Podrá indicarse la repetición del mismo más adelante.

A su vez, al principio del estudio, a los seis meses, al año y a los dos años se administrarán una serie de escalas para medir las distintas variables a estudiar.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en este estudio no supone ningún riesgo. Por el contrario, se beneficiarán de un seguimiento adicional por parte de los clínicos. Además, una vez finalizado el estudio y si se comprueba que el programa psicoeducativo es efectivo, este se incorporará al tratamiento habitual recibido por todos los pacientes de la unidad, con el consecuente beneficio para ellos.

CONFIDENCIALIDAD

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

Las grabaciones de video realizadas quedarán marcadas con un número específico (código) y la información obtenida se archivará de forma anónima y confidencial siendo las grabaciones destruidas en un periodo de 24 meses. Asimismo, el nombre o apellidos de los miembros de la familia no aparecerán en ningún escrito ni comunicación derivada de este estudio.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Su participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienen derecho a abandonar el estudio en cualquier momento sin que ello suponga cambios en tu tratamiento o cuidados recibidos por parte de tu médico. Serán informados sobre cualquier dato relevante del estudio que pudiera condicionar su permanencia o abandono del mismo.

CONSENTIMIENTO GRABACIÓN

El equipo investigador se compromete a guardar la cinta en lugar seguro y a limitar su acceso exclusivamente al personal investigador.

Esta prueba será confidencial y destinada a la formación de profesionales y en ningún caso sus resultados serán difundidos fuera del ámbito de la evaluación sin su consentimiento explícito. Así mismo la grabación será destruida en un plazo de 24 meses. Las cintas grabadas serán utilizadas únicamente con fines de investigación y/o de formación a profesionales.

	SÍ	NO
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autorizo a que esta sesión sea grabada en video:		

Autorizo para que esta cinta sea utilizada:	SÍ <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
Para la investigación (Nombre del estudio:)		
Para la formación de profesionales:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Dr. Carlos Delgado Lacosta en el número de teléfono 915868136

Tendrás la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre del participante:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

_____ He leído y comprendido este consentimiento informado

_____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del investigador

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado, una será para el investigador principal, y la otra para el menor o sus familiares

11.2. Anexo 2. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra de controles de Madrid.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES

TÍTULO: Estudio de la eficacia de un tratamiento dialéctico- conductual para adolescentes con riesgo suicida e inestabilidad emocional y sus familiares.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carlos Delgado Lacosta

CENTRO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que sufren trastornos de la personalidad y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar habilidades que disminuyan la frecuencia de crisis en los pacientes y sus familias.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que la Unidad de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos hemos puesto en contacto con la dirección de éste y otros institutos con el objetivo de *formar un grupo de adolescentes mujeres sanas* que puedan servir de comparación con un grupo de adolescentes con rasgos inestabilidad grave. El contar con un grupo de voluntarias sanas es imprescindible para poder entender las alteraciones de adolescentes con estos rasgos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tus padres aceptáis participar, os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilo de afrontamiento. Los cuestionarios os serán entregados en vuestro centro de estudios para llevarlos a casa. Deberán ser entregados una vez completados a vuestro tutor en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, recoge una serie de derechos fundamentales de los ciudadanos. De acuerdo

con esta ley, tienes derecho a información, acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento del estudio (estos derechos se conocen como Derechos ARCO). El derecho de información supone que en el momento en que se procede a la recogida de los datos personales, el interesado debe ser informado previamente de modo expreso, preciso e inequívoco de, entre otros, la existencia de un fichero, de la posibilidad de ejercitar sus derechos y del responsable del tratamiento).

Segun el derecho de acceso, el ciudadano puede conocer y obtener gratuitamente información sobre sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento. El derecho de rectificación se caracteriza porque permite corregir errores, modificar los datos que resulten ser inexactos o incompletos y garantizar la certeza de la información objeto de tratamiento. El derecho de cancelación permite que se supriman los datos que resulten ser inadecuados o excesivos sin perjuicio del deber de bloqueo recogido en la Ley Orgánica de protección de Datos, 15/1999, de 13 de diciembre.

Finalmente, el derecho de oposición sostiene que la persona puede requerir, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones ni justificar su decisión, que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal o se cese en el mismo. Para ejercer los derechos ARCO hay que contactar con el investigador principal de este estudio (Dra. María Mayoral Aragón, dirección de correo electrónico: maria.mayoral@iisgm.com).

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se procesara de forma a anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cual es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro medico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto. Los resultados se conservaran en un entorno de alta seguridad. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustara a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo (RD 1720/2007, de 21 de diciembre), así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Dr. Carlos Delgado Lacosta en el número de teléfono 915868136.

Tendrás la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

____ He leído y comprendido este consentimiento informado

____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del investigado

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO FAMILIAR

TÍTULO: Estudio de la eficacia de un tratamiento dialéctico- conductual para adolescentes con riesgo suicida e inestabilidad emocional y sus familiares.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Carlos Delgado Lacosta

CENTRO: Hospital General Universitario Gregorio Marañón

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es poner en marcha un programa de tratamiento psicoterapéutico para los pacientes que sufren trastornos de la personalidad y para sus familiares, de manera que se pueda evaluar la capacidad de dicho programa para mejorar el pronóstico del paciente así como el clima familiar.

El principal objetivo de este programa es fomentar la adherencia al tratamiento y desarrollar habilidades que disminuyan la frecuencia de crisis en los pacientes y sus familias.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que la Unidad de Adolescentes del Servicio de Psiquiatría del Hospital Gregorio Marañón está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos hemos puesto en contacto con la dirección de éste y otros institutos con el objetivo de *formar un grupo de adolescentes mujeres sanas* que puedan servir de comparación con un grupo de adolescentes con rasgos inestabilidad grave. El contar con un grupo de voluntarias sanas es imprescindible para poder entender las alteraciones de adolescentes con estos rasgos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tu hija aceptáis participar, os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilo de afrontamiento. Los cuestionarios os serán entregados en vuestro centro de estudios para llevarlos a casa. Deberán ser entregados una vez completados al tutor de vuestra hija en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, para garantizar la confidencialidad.

La Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter personal, recoge una serie de derechos fundamentales de los ciudadanos. De acuerdo con esta ley, tienes derecho a información, acceso, rectificación, cancelación y oposición en cualquier momento del estudio (estos derechos se conocen como Derechos ARCO). El derecho de información supone que en el momento en que se procede a la recogida de los datos personales, el interesado debe ser informado

previamente de modo expreso, preciso e inequívoco de, entre otros, la existencia de un fichero, de la posibilidad de ejercitar sus derechos y del responsable del tratamiento).

Segun el derecho de acceso, el ciudadano puede conocer y obtener gratuitamente información sobre sus datos de carácter personal sometidos a tratamiento. El derecho de rectificación se caracteriza porque permite corregir errores, modificar los datos que resulten ser inexactos o incompletos y garantizar la certeza de la información objeto de tratamiento. El derecho de cancelación permite que se supriman los datos que resulten ser inadecuados o excesivos sin perjuicio del deber de bloqueo recogido en la Ley Orgánica de protección de Datos, 15/1999, de 13 de diciembre.

Finalmente, el derecho de oposicion sostiene que la persona puede requerir, en cualquier momento y sin necesidad de dar explicaciones ni justificar su decisión, que no se lleve a cabo el tratamiento de sus datos de carácter personal o se cese en el mismo. Para ejercer los derechos ARCO hay que contactar con el investigador principal de este estudio (Dra. María Mayoral Aragón, dirección de correo electrónico: maria.mayoral@iisgm.com).

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se procesara de forma a anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cual es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro medico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto. Los resultados se conservaran en un entorno de alta seguridad. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustara a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, y en su reglamento de desarrollo (RD 1720/2007, de 21 de diciembre), así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre, y su identidad no será revelada a persona alguna salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Dr. Carlos Delgado Lacosta en el número de teléfono 915868136.

Tendrás la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

Firma del participante:

_____ He leído y comprendido este consentimiento informado

_____ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del investigador

Fecha

NOTA: Se harán dos copias del consentimiento informado, una será para el investigador principal y la otra para el menor o sus familiares.

11.3. Anexo 3. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra clínica de Lleida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES



TÍTULO: Estudio comparativo del Funcionamiento Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de las familias de Adolescentes con Inestabilidad Emocional Grave y familias controles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sara Marco Sánchez

CENTRO: Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es comparar las características de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave con el resto de familias para conocer cuáles son sus necesidades y así poder ofrecerles un tratamiento adaptado a éstas.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos ponemos en contacto con usted porque su terapeuta de referencia considera que cumple los criterios para participar el estudio como parte de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tus padres aceptáis participar, se realizará una entrevista y después os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, como los datos sociodemográficos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento frente a las dificultades. Los cuestionarios deberán ser entregados una vez completados en la recepción del CSMIJ en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD I PROTECCIÓN DE DATOS

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD).

Tanto el centro como el promotor de este proyecto son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir la normativa de protección de datos en vigor. La información recogida durante este proyecto se incorporará al

Registro de actividad de tratamiento del Fichero de Investigación de SJDTLL, con la finalidad de realizar estudios de investigación.

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se procesará de forma anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cuál es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro médico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto y han firmado el compromiso de confidencialidad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el RGPD, así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a terceros, salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Tampoco se producirán transferencias internacionales, sin previa información y consentimiento de la persona afectada.

El tratamiento de los datos recabados se fomenta en el libre consentimiento de la persona interesada, el cual puede revocar en cualquier momento. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

Los datos se conservarán en un entorno de alta seguridad mientras dure el estudio y mientras el consentimiento sea vigente.

Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos son dpd@sjd-lleida.org o el domicilio social de SJDTLL, en Carretera N-240, Km 111 de 25100 Almacellas, Lleida.

De acuerdo con el RGPD, puedes ejercer el derecho de información, acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en la normativa de protección de datos, poniéndose en contacto con el Delegado de Protección de datos y aportando copia del DNI u otro equivalente que permita acreditar la identidad de la persona solicitante del derecho.

Así mismo, se informa que toda persona tiene derecho a presentar una reclamación delante de la autoridad de control, la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Sara Marco en el teléfono 973 26 72 21.

Tendrás la posibilidad de llevarTE a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

___ He leído y comprendido este consentimiento informado

___ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del participante	Firma Padres o tutor legal	Firma investigador

Fecha ____ a _____ de _____

TÍTULO: Estudio comparativo del Funcionamiento Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de las familias de Adolescentes con Inestabilidad Emocional Grave y familias controles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sara Marco Sánchez

CENTRO: Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es comparar las características de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave con el resto de familias para conocer cuáles son sus necesidades y así poder ofrecerles un tratamiento adaptado a éstas.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que el Centro de Salud Metnal Infanto Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos ponemos en contacto con usted porque su terapeuta de referencia considera que cumple los criterios para participar el estudio como parte de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tu hija aceptáis participar, se realizará una entrevista y después os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, como los datos sociodemográficos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento frente a las dificultades. Los cuestionarios deberán ser entregados una vez completados en la recepción del CSMIJ en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD I PROTECCIÓN DE DATOS

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD).

Tanto el centro como el promotor de este proyecto son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir la normativa de protección de datos en vigor. La información recogida durante este proyecto se incorporará al Registro de actividad de tratamiento del Fichero de Investigación de SJD TLL, con la finalidad de realizar estudios de investigación.

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se

procesará de forma anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cuál es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro médico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto y han firmado el compromiso de confidencialidad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el RGPD, así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a terceros, salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Tampoco se producirán transferencias internacionales, sin previa información y consentimiento de la persona afectada.

El tratamiento de los datos recabados se fomenta en el libre consentimiento de la persona interesada, el cual puede revocar en cualquier momento. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

Los datos se conservarán en un entorno de alta seguridad mientras dure el estudio y mientras el consentimiento sea vigente.

Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos son dpd@sjd-lleida.org o el domicilio social de SJDTLL, en Carretera N-240, Km 111 de 25100 Almacellas, Lleida.

De acuerdo con el RGPD, puedes ejercer el derecho de información, acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en la normativa de protección de datos, poniéndose en contacto con el Delegado de Protección de datos y aportando copia del DNI u otro equivalente que permita acreditar la identidad de la persona solicitante del derecho.

Así mismo, se informa que toda persona tiene derecho a presentar una reclamación delante de la autoridad de control, la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Sara Marco Sánchez en el teléfono 973267221.

Tendrás la posibilidad de llevarte a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

___ He leído y comprendido este consentimiento informado

___ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del participante	Firma Padres o tutor legal	Firma investigador

Fecha ___ a _____ de _____

11.4. Anexo 4. Consentimientos informados de adolescentes y familiares de la muestra de controles de Lleida.

CONSENTIMIENTO INFORMADO ADOLESCENTES



TÍTULO: Estudio comparativo del Funcionamiento Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de las familias de Adolescentes con Inestabilidad Emocional Grave y familias controles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sara Marco Sánchez

CENTRO: Sant Joan de Déu Terres de Lleida

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es comparar las características de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave con el resto de familias para conocer cuáles son sus necesidades y así poder ofrecerles un tratamiento adaptado a éstas.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos hemos puesto en contacto con la dirección de éste y otros institutos con el objetivo de *formar un grupo de adolescentes sin psicopatología* que puedan servir de comparación con un grupo de adolescentes con rasgos inestabilidad grave. El contar con un grupo de voluntarias sanas es imprescindible para poder entender las alteraciones de adolescentes con estos rasgos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tus padres aceptáis participar, os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, como los datos sociodemográficos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilos de afrontamiento frente a las dificultades. Los cuestionarios os serán entregados en vuestro centro de estudios para llevarlos a casa. Deberán ser entregados una vez completados a vuestro tutor en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD I PROTECCIÓN DE DATOS

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD).

Tanto el centro como el promotor de este proyecto son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir la normativa de protección de

datos en vigor. La información recogida durante este proyecto se incorporará al Registro de actividad de tratamiento del Fichero de Investigación de SJD TLL, con la finalidad de realizar estudios de investigación.

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se procesará de forma anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cuál es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro médico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto y han firmado el compromiso de confidencialidad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el RGPD, así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a terceros, salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Tampoco se producirán transferencias internacionales, sin previa información y consentimiento de la persona afectada.

El tratamiento de los datos recabados, se fomenta en el libre consentimiento de la persona interesada, el cual puede revocar en cualquier momento. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

Los datos se conservarán en un entorno de alta seguridad mientras dure el estudio y mientras el consentimiento sea vigente. Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos son dpd@sjd-lleida.org o el domicilio social de SJD TLL, en Carretera N-240, Km 111 de 25100 Almacellas, Lleida.

De acuerdo con el RGPD, puedes ejercer el derecho de información, acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en la normativa de protección de datos, poniéndose en contacto con el Delegado de Protección de datos y aportando copia del DNI u otro equivalente que permita acreditar la identidad de la persona solicitante del derecho. Así mismo, se informa que toda persona tiene derecho a presentar una reclamación delante de la autoridad de control, la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Sara Marco Sánchez en el teléfono 973267221.

Tendrás la posibilidad de llevarte a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia. No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

___ He leído y comprendido este consentimiento informado

___ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del participante	Firma Padres o tutor legal	Firma investigador

Fecha ___ a _____ de _____

TÍTULO: Estudio comparativo del Funcionamiento Familiar y las Estrategias de Afrontamiento de las familias de Adolescentes con Inestabilidad Emocional Grave y familias controles.

INVESTIGADOR PRINCIPAL: Sara Marco Sánchez

CENTRO: Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida

DESCRIPCIÓN Y PROPÓSITO DEL ESTUDIO

El propósito de este estudio es comparar las características de las familias de adolescentes con inestabilidad emocional grave con el resto de familias para conocer cuáles son sus necesidades y así poder ofrecerles un tratamiento adaptado a éstas.

Nos dirigimos a ustedes para comunicarles que el Centro de Salud Mental Infanto Juvenil del Hospital Sant Joan de Déu Terres de Lleida está llevando a cabo una investigación, sobre inestabilidad grave en la adolescencia. Nos hemos puesto en contacto con la dirección de éste y otros institutos con el objetivo de *formar un grupo de adolescentes sin psicopatología* que puedan servir de comparación con un grupo de adolescentes con rasgos inestabilidad grave. El contar con un grupo de voluntarias sanas es imprescindible para poder entender las alteraciones de adolescentes con estos rasgos.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO

Si tú y tu hija aceptáis participar, os serán entregados unos cuestionarios que evalúan diferentes aspectos, datos sociodemográficos, síntomas psicopatológicos, características de personalidad, funcionamiento familiar y estilo de afrontamiento frente a las dificultades. Los cuestionarios os serán entregados en vuestro centro de estudios para llevarlos a casa. Deberán ser entregados una vez completados al tutor de vuestra hija en el plazo de una semana.

RIESGOS/BENEFICIOS

La participación en el estudio no supone ningún riesgo.

CONFIDENCIALIDAD I PROTECCIÓN DE DATOS

Se ha considerado en la realización del proyecto el cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 DEL PARLAMENTO EUROPEO Y DEL CONSEJO de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos, RGPD).

Tanto el centro como el promotor de este proyecto son responsables respectivamente del tratamiento de sus datos y se comprometen a cumplir la normativa de protección de datos en vigor. La información recogida durante este proyecto se incorporará al Registro de actividad de tratamiento del Fichero de Investigación, con la finalidad de realizar estudios de investigación.

La información que obtengamos sobre usted en este estudio será estrictamente confidencial. Para los propósitos de la investigación científica, la información se procesará de forma anonimizada y disociada sin su nombre y en nuestros registros informáticos se identificará usando su número de participante. Esto significa que nadie que vea los resultados sabrá cuál es su nombre ni podrá acceder a ningún otro dato personal que pueda usarse para identificarle. El registro médico permanecerá siempre en el hospital o en el centro al que acuda para realizar las visitas. El personal que participe en el estudio podrá ver y examinar el registro. Además, miembros del Comité Ético de Investigación Clínica y de otras autoridades sanitarias podrán examinar el registro. Dichas personas tienen la obligación de mantener el secreto y han firmado el compromiso de confidencialidad.

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes se ajustará a lo dispuesto en el RGPD, así los datos personales que se obtengan serán los necesarios para cubrir los fines del estudio. En ninguno de los informes del estudio aparecerá su nombre y su identidad no será revelada a terceros, salvo para cumplir con los fines del estudio, y en el caso de urgencia médica o requerimiento legal. Tampoco se producirán transferencias internacionales, sin previa información y consentimiento de la persona afectada.

El tratamiento de los datos recabados se fomenta en el libre consentimiento de la persona interesada, el cual puede revocar en cualquier momento. Si decide retirarse del estudio, tendrá derecho a exigir que se destruya toda la información que hayamos obtenido sobre usted.

Los datos se conservarán en un entorno de alta seguridad mientras dure el estudio y mientras el consentimiento sea vigente. Los datos de contacto del Delegado de Protección de Datos son dpd@sjd-lleida.org o el domicilio social de SJDTLL, en Carretera N-240, Km 111 de 25100 Almacellas, Lleida.

De acuerdo con el RGPD, puedes ejercer el derecho de información, acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación del tratamiento y portabilidad en los términos establecidos en la normativa de protección de datos, poniéndose en contacto con el Delegado de Protección de datos y aportando copia del DNI u otro equivalente que permita acreditar la identidad de la persona solicitante del derecho. Así mismo, se informa que toda persona tiene derecho a presentar una reclamación delante de la autoridad de control, la Autoridad Catalana de Protección de Datos.

COSTE/COMPENSACIÓN

No existe ningún coste por participar en este estudio. Todas las pruebas que se realicen durante el estudio no supondrán coste alguno.

ALTERNATIVAS A LA PARTICIPACIÓN

Tu participación en este estudio es completamente voluntaria.

DERECHO AL ABANDONO

Tienes derecho a abandonar el estudio en cualquier momento.

PREGUNTAS

Si tienes alguna pregunta acerca del estudio o alguna duda sobre tus derechos como sujeto que participa en un estudio de investigación, ponte en contacto con Sara Marco Sánchez en el teléfono 973267221.

Tendrás la posibilidad de llevarse a casa una copia no firmada de este consentimiento para poder exponerlo con tu familia.

No debes firmar este consentimiento sin que hayas tenido la oportunidad de hacer preguntas y hayas recibido respuestas satisfactorias a tus preguntas.

Nombre del menor:

Nombre de Padres o tutor legal:

Nombre del investigador:

___ He leído y comprendido este consentimiento informado

___ La información de este consentimiento informado me ha sido explicada

Firma del participante	Firma Padres o tutor legal	Firma investigador

Fecha ___ a _____ de _____

11.5. Anexo 5. Escala de Ideación Suicida (SSI).

1. Deseo de vivir
 0. Moderado a fuerte
 1. Débil
 2. Ninguno

2. Deseo de morir
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

3. Razones para vivir/morir
 0. Porque seguir viviendo vale más que morir
 1. Aproximadamente iguales
 2. Porque la muerte vale más que seguir viviendo

4. Deseo de intentar activamente el suicidio
 0. Ninguno
 1. Débil
 2. Moderado a fuerte

5. Deseos pasivos de suicidio
 0. Puede tomar precauciones para salvaguardar la vida
 1. Puede dejar de vivir/morir por casualidad
 2. Puede evitar las etapas necesarias para seguir con vida

6. Dimensión temporal (duración de la ideación/deseo suicida)
 0. Breve, períodos pasajeros
 1. Por amplios períodos de tiempo
 2. Continuo (crónico) o casi continuo

7. Dimensión temporal (frecuencia del suicidio)
 0. Raro, ocasional
 1. Intermitente
 2. Persistente o continuo

8. Actitud hacia la ideación/deseo
 0. Rechazo
 1. Ambivalente, indiferente
 2. Aceptación

9. Control sobre la actividad suicida/deseos de acting out
 0. Tiene sentido del control
 1. Inseguro
 2. No tiene sentido del control

10. Disuasivos para un intento activo (familia, religión, irreversibilidad)
 0. Puede no intentarlo a causa de un disuasivo
 1. Alguna preocupación sobre los medios pueden disuadirlo
 2. Mínima o ninguna preocupación o interés por ellos

11. Razones para el intento contemplado
 0. Manipular el entorno, llamar la atención, vengarse
 1. Combinación de 0 y 2
 2. Escapar, solucionar los problemas, finalizar de forma absoluta

12. Método (especificidad/planificación del intento contemplado)
 0. No considerado
 1. Considerado, pero detalles no calculados
 2. Detalles calculados/bien formulados

13. Método (accesibilidad/oportunidad para el intento contemplado)
 0. Método no disponible, inaccesible. No hay oportunidad
 1. El método puede tomar tiempo o esfuerzo. Oportunidad escasa
 2. Método y oportunidad accesibles

2. Futura oportunidad o accesibilidad del método previsto

14. Sentido de «capacidad» para llevar adelante el intento
 0. No tiene valor, demasiado débil, miedoso, incompetente
 1. Inseguridad sobre su valor
 2. Seguros de su valor, capacidad

15. Expectativas/espera del intento actual
 0. No
 1. Incierto
 2. Sí

16. Preparación actual para el intento contemplado
 0. Ninguna
 1. Parcial (p. ej., empieza a almacenar pastillas, etc.)
 2. Completa (p. ej., tiene las pastillas, pistola cargada, etc.)

17. Nota suicida
 0. Ninguna
 1. Piensa sobre ella o comenzada y no terminada
 2. Nota terminada

18. Actos finales en anticipación de la muerte (p. ej., testamento, póliza de seguros, etc.)
 0. Ninguno
 1. Piensa sobre ello o hace algunos arreglos
 2. Hace planes definitivos o terminó los arreglos finales

19. Engaño/encubrimiento del intento contemplado
 0. Reveló las ideas abiertamente
 1. Frenó lo que estaba expresando
 2. Intentó engañar, ocultar, mentir

11.6. Anexo 6. Escala de Clima Social en la Familia (FES).

Apellidos y nombre: **Edad:** ... años **Sexo:**

Varón

Mujer

Puesto que ocupa en la familia (padre, madre, hijo, etc.):

A continuación lea las frases de este impreso: usted tiene que decir si le parecen verdaderas o falsas en relación con su familia.

Marque verdadero si usted cree que, respecto a su familia, la frase es verdadera o casi siempre verdadera; marque falso si cree que es falsa o casi siempre falsa; si considera que la frase es cierta para unos miembros de la familia y falsa para otros, marque la respuesta que corresponda a la mayoría.

Recuerde que se pretende conocer lo que piensa usted sobre su familia; no intente reflejar la opinión de los demás miembros de ésta.

	Verdadero	Falso
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros	①	②
2. Los miembros de la familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos	①	②
3. En nuestra familia reñimos mucho	①	②
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.....	①	②
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos	①	②
6. A menudo hablamos de temas políticos o sociales	①	②
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre	①	②
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante regularidad a los cultos de la iglesia	①	②
9. Las actividades de nuestra familia se planifican cuidadosamente.....	①	②
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces	①	②
11. Muchas veces da la impresión de que en casa sólo estamos “pasando el rato”	①	②
12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos.....	①	②
13. En mi familia casa nunca mostramos abiertamente nuestros enfados.....	①	②
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno	①	②
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.....	①	②
16. Casi nunca asistimos a conferencias, funciones o conciertos	①	②
17. Frecuentemente vienen amigos a comer en casa, o a visitarnos.....	①	②
18. En mi casa no rezamos en familia	①	②
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios	①	②
20. En mi familia hay muy pocas normas que cumplir	①	②
21. Todos nos esforzamos mucho en lo que hacemos en casa	①	②
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todo el mundo.....	①	②
23. En casa a veces nos enfadamos tanto que golpeamos o rompemos algo	①	②
24. En mi familia cada uno decide sus propias cosas	①	②
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno.....	①	②
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente	①	②
27. Alguno de mi familia practica habitualmente deportes: fútbol, baloncesto, etc.....	①	②

28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Pascua y otras fiestas.....	①	②
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos	①	②
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones	①	②
31. En mi familia hay un fuerte sentimiento de unión	①	②
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personales	①	②
33. Los miembros de mi familia casi nunca mostramos nuestros enfados.....	①	②
34. Cada uno entra y sale en casa cuando quiere	①	②
35. Nosotros aceptamos que haya competición y “que gane el mejor”.....	①	②
36. Nos interesan poco las actividades culturales	①	②
37. Vamos a menudo al cine, a competiciones deportivas, excursiones, etc.....	①	②
38. No creemos en el cielo ni en el infierno	①	②
39. En mi familia la puntualidad es muy importante	①	②
40. En casa las cosas se hacen de una forma establecida.....	①	②
41. Cuando hay que hacer algo en casa, es raro que se ofrezca algún voluntario	①	②
42. En casa, si a alguna se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más	①	②
43. Las personas de nuestra familia nos criticamos frecuentemente unas a otras	①	②
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente	①	②
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor	①	②
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales.....	①	②
47. En mi casa, todos tenemos una o dos aficiones	①	②
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal ...	①	②
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente	①	②
50. En mi casa se da mucha importancia a cumplir las normas	①	②
51. Las personas de mi familia nos apoyamos de verdad unas a otras.....	①	②
52. En mi familia cuando uno se queja siempre hay otro que se siente afectado	①	②
53. En mi familia a veces nos peleamos a golpes	①	②
54. Generalmente, en mi familia cada persona sólo confía en sí misma cuando surge un problema.....	①	②
55. En casa, nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las calificaciones escolares	①	②
56. Alguno de nosotros toca un instrumento musical	①	②
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera del trabajo o de la escuela	①	②
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener fe.....	①	②
59. En casa nos aseguramos de que nuestras habitaciones quedan limpias	①	②
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor	①	②
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.....	①	②
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.....	①	②
63. Si en la familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.....	①	②
64. Las personas de la familia se animan firmemente unos a otros a defender sus propios derechos.....	①	②
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito	①	②
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a las bibliotecas.....	①	②
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés	①	②
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que está bien o mal.....	①	②
69. En mi familia, están claramente definidas las tareas de cada persona	①	②

70. En mi familia cada uno puede hacer lo que quiera	①	②
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros	①	②
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos	①	②
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros	①	②
74. En mi casa es difícil ser independientes si herir los sentimientos de los demás	①	②
75. “Primero el trabajo, luego la diversión”, es una norma en mi familia	①	②
76. En mi casa, ver la televisión es más importante que leer	①	②
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos	①	②
78. En mi casa, leer la Biblia es algo muy importante	①	②
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado	①	②
80. En mi casa las normas son bastante inflexibles	①	②
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno	①	②
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo	①	②
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz	①	②
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa	①	②
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio	①	②
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura	①	②
87. Nuestra principal forma de diversión es ver televisión o escuchar la radio	①	②
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo	①	②
89. En mi casa, de ordinario, la mesa se recoge inmediatamente después de comer	①	②
90. En mi familia uno no puede salirse con la suya	①	②

COMPRUEBE SI HA CONTESTADO A TODAS LAS FRASES

11.7. Anexo 7. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS).

Por favor, indique con qué frecuencia se le pueden aplicar a usted las siguientes afirmaciones rodeando con un círculo el número correspondiente según la escala que aparece a continuación:

1 -----2-----3-----4-----5				
Casi nunca (0-10%)	Algunas veces (11-35%)	La mitad de las veces (36-65%)	La mayoría de las veces (66-90%)	Casi siempre (91-100%)
1. Percibo con claridad mis sentimientos.				1 2 3 4 5
2. Presto atención a cómo me siento.				1 2 3 4 5
3. Vivo mis emociones como algo desbordante y fuera de control.				1 2 3 4 5
4. No tengo ni idea de cómo me siento.				1 2 3 4 5
5. Tengo dificultades para comprender mis sentimientos.				1 2 3 4 5
6. Estoy atento a mis sentimientos.				1 2 3 4 5
7. Doy importancia a lo que estoy sintiendo				1 2 3 4 5
8. Estoy confuso/a sobre lo que siento.				1 2 3 4 5
9. Cuando me siento mal, reconozco mis emociones.				1 2 3 4 5
10. Cuando me siento mal, me enfado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
11. Cuando me encuentro mal, me da vergüenza sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
12. Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante.				1 2 3 4 5
13. Cuando me siento mal, pierdo el control.				1 2 3 4 5
14. Cuando me siento mal, creo que estaré así durante mucho tiempo.				1 2 3 4 5
15. Cuando me encuentro mal, creo que acabaré sintiéndome muy deprimido/a.				1 2 3 4 5
16. Cuando me siento mal, me resulta difícil centrarme en otras cosas.				1 2 3 4 5
17. Cuando me encuentro mal, me siento fuera de control.				1 2 3 4 5
18. Cuando me siento mal, me siento avergonzado conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
19. Cuando me encuentro mal, me siento como si fuera una persona débil.				1 2 3 4 5
20. Cuando me encuentro mal, me siento culpable por sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
21. Cuando me siento mal, tengo dificultades para concentrarme.				1 2 3 4 5
22. Cuando me siento mal, tengo dificultades para controlar mi comportamiento.				1 2 3 4 5
23. Cuando me siento mal, me irrito conmigo mismo/a por sentirme de esa manera.				1 2 3 4 5
24. Cuando me encuentro mal, empiezo a sentirme muy mal sobre mí mismo/a.				1 2 3 4 5
25. Cuando me siento mal, creo que regodearme en ello es todo lo que puedo hacer.				1 2 3 4 5
26. Cuando me siento mal, pierdo el control sobre mi comportamiento.				1 2 3 4 5
27. Cuando me siento mal, tengo dificultades para pensar sobre cualquier otra cosa.				1 2 3 4 5
28. Cuando me siento mal, mis emociones parecen desbordarse.				1 2 3 4 5

11.8. Anexo 8. Escala de Afecto, versión progenitores.

INSTRUCCIONES: A continuación vas a leer unas frases. Marca con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que verdaderamente piensas sobre la relación con tu hijo. Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
1. Acepto a mi hijo tal y como es.					
2. Si tiene un problema, puede contármelo.					
3. Me enfado con mi hijo por cualquier cosa que hace.					
4. Le dedico mi tiempo.					
5. Siento que es un estorbo para mí.					
6. Hablo con mi hijo de los temas que son importantes para él.					
7. Me pone nervioso, me altera.					
8. Soy cariñoso con él.					
9. Hablo con él de lo que hace con sus amigos.					
10. Lo que hace me parece mal.					
11. Consuelo a mi hijo cuando está triste.					
12. Cuando mi hijo está en casa, estoy a disgusto.					
13. Sabe que confío en él.					
14. Dedico tiempo a hablar con él.					
15. Aprovecho cualquier oportunidad para criticarle.					
16. Estoy contento de tenerle como hijo.					
17. Me gustaría que mi hijo fuera diferente.					
18. Manifiesto afecto a mi hijo con detalles que le gustan.					
19. Puede contar conmigo cuando lo necesita.					
20. Le doy confianza para que me cuente sus cosas.					

11.9. Anexo 9. Escala de Afecto, versión hijos.

INSTRUCCIONES: A continuación vas a leer unas frases. Marca con una cruz (X) la casilla que más se acerca a lo que verdaderamente piensas sobre la relación con tu PADRE y con tu MADRE. Responde de la manera más sincera posible. No hay respuestas buenas o malas.

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	A Menudo	Siempre
1. Me acepta tal como soy					
2. Si tengo un problema puedo contárselo					
3. Se enfada conmigo por cualquier cosa que hago					
4. Me dedica su tiempo					
5. Siento que soy un estorbo para él/ella					
6. Habla conmigo de los temas que son importantes para mí					
7. Le pongo nervioso/a, le altero					
8. Es cariñoso/a conmigo					
9. Habla conmigo de lo que hago con mis amigos/as					
10. Lo que hago le parece mal					
11. Me consuela cuando estoy triste					
12. Está a disgusto cuando yo estoy en casa					
13. Sé que confía en mí					
14. Dedicar tiempo a hablar conmigo					
15. Aprovecha cualquier oportunidad para criticarme					
16. Está contento/a de tenerme como hijo/a					
17. Le gustaría que fuera diferente					
18. Me manifiesta su afecto con detalles que me gustan					
19. Puedo contar con él/ella cuando lo necesito					
20. Me da confianza para que le cuente mis cosas					

11.10. Anexo 10. Cuestionario de Cinco Facetas de Mindfulness (FFMQ)

Elija en cada ítem la alternativa que mejor refleje el grado en que está de acuerdo con cada uno de los enunciados que se indican a continuación.

1	2	3	4	5
Nunca o muy raramente verdad	Raramente verdad	Algunas veces verdad	A menudo verdad	Muy a menudo o siempre verdad

1. Cuando camino, noto deliberadamente las sensaciones de mi cuerpo al moverse	1	2	3	4	5
2. Se me da bien encontrar las palabras para describir mis sentimientos.	1	2	3	4	5
3. Me critico a mi mismo/a por tener emociones irracionales o inapropiadas.	1	2	3	4	5
4. Percibo mis sentimientos y emociones sin tener que reaccionar a ellos.	1	2	3	4	5
5. Cuando hago algo, mi mente divaga y me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
6. Cuando me ducho o me baño, estoy atento a las sensaciones del agua en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
7. Con facilidad puedo poner en palabras mis creencias, sentimientos y expectativas.	1	2	3	4	5
8. No presto atención a lo que hago porque sueño despierto, porque me preocupo o porque me distraigo.	1	2	3	4	5
9. Observo mis sentimientos sin perderme en ellos.	1	2	3	4	5
10. Me digo a mi mismo/a que no debería sentir lo que siento.	1	2	3	4	5
11. Noto cómo los alimentos y las bebidas afectan a mis pensamientos, sensaciones corporales y emociones.	1	2	3	4	5
12. Me es difícil encontrar palabras para describir lo que siento.	1	2	3	4	5
13. Me distraigo fácilmente	1	2	3	4	5
14. Creo que algunos de mis pensamientos no son normales o son malos y que no debería pensar así.	1	2	3	4	5
15. Presto atención a las sensaciones que produce el viento en el pelo o el sol en la cara.	1	2	3	4	5
16. Tengo problemas para pensar en las palabras que expresan correctamente cómo me siento	1	2	3	4	5
17. Hago juicios sobre si mis pensamientos son buenos o malos.	1	2	3	4	5
18. Me es difícil permanecer centrado/a en lo que esta sucediendo en el presente.	1	2	3	4	5
19. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, soy capaz de dar un paso atrás, y me doy cuenta del pensamiento o la imagen sin que me atrape.	1	2	3	4	5
20. Presto atención a sonidos como el tic-tac del reloj, el gorjeo de los pájaros o los coches que pasan	1	2	3	4	5
21. En situaciones difíciles, puedo parar sin reaccionar	1	2	3	4	5

inmediatamente					
22. Cuando tengo sensaciones en el cuerpo es difícil para mí describirlas, porque no puedo encontrar las palabras adecuadas.	1	2	3	4	5
23. Conduzco en “piloto automático”, sin prestar atención a lo que hago.	1	2	3	4	5
24. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me calmo en poco tiempo.	1	2	3	4	5
25. Me digo a mi mismo/a que no debería pensar como pienso.	1	2	3	4	5
26. Percibo el olor y el aroma de las cosas.	1	2	3	4	5
27. Incluso cuando estoy muy enfadado, encuentro una forma de expresarlo con palabras.	1	2	3	4	5
28. Hago actividades precipitadamente sin estar de verdad atento/a a ellas.	1	2	3	4	5
29. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras soy capaz de notarlas sin reaccionar	1	2	3	4	5
30. Creo que algunas de mis emociones son malas o inapropiadas y que no debería sentirlas.	1	2	3	4	5
31. Percibo elementos visuales en la naturaleza o en el arte, como colores, formas, texturas o patrones de luces y sombras.	1	2	3	4	5
32. Mi tendencia natural es poner mis experiencias en palabras.	1	2	3	4	5
33. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, las noto y las dejo marchar	1	2	3	4	5
34. Hago tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que hago.	1	2	3	4	5
35. Cuando tengo pensamientos o imágenes perturbadoras, me juzgo como bueno o malo, dependiendo del contenido.	1	2	3	4	5
36. Presto atención a cómo mis emociones afectan a mis pensamientos y a mi conducta	1	2	3	4	5
37. Normalmente puedo describir como me siento con considerable detalle.	1	2	3	4	5
38. Me sorprendo haciendo cosas sin prestar atención.	1	2	3	4	5
39. Me critico cuando tengo ideas irracionales.	1	2	3	4	5

11.11. Anexo 11. Cuestionario de Autocompasión (SCS).

Por favor, lea cada frase con atención antes de responder. Rodee con un círculo según corresponda, en función de la frecuencia habitual de cada una de las reacciones propuestas. Use la siguiente escala:

Casi nunca					Casi siempre
1	2	3	4	5	5
1. Me critico y reprocho por mis fallos y deficiencias.					1 2 3 4 5
2. Cuando estoy bajo de ánimo tiendo a centrarme y obsesionarme con todo lo que va mal.					1 2 3 4 5
3. Cuando las cosas me van mal, percibo las dificultades como una parte de la vida que afecta a todo el mundo.					1 2 3 4 5
4. Cuando pienso en mis insuficiencias, hace que me sienta más separado y aislado del resto del mundo.					1 2 3 4 5
5. Intento ser cariñoso conmigo mismo cuando siento emociones dolorosas.					1 2 3 4 5
6. Cuando fallo en algo importante me inunda el sentimiento de incompetencia.					1 2 3 4 5
7. Cuando estoy en la miseria, me recuerdo a mí mismo que hay muchas otras personas en el mundo que se sienten como yo.					1 2 3 4 5
8. Cuando las cosas se ponen muy difíciles, tiendo a ser duro conmigo mismo.					1 2 3 4 5
9. Cuando algo me afecta, intento mantener mis emociones en equilibrio					1 2 3 4 5
10. Cuando me siento incompetente en algo, intento recordarme a mí mismo que los sentimientos de incompetencia los tiene la mayoría de la gente					1 2 3 4 5
11. Soy impaciente e intolerante con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.					1 2 3 4 5
12. Cuando estoy pasando por un momento duro, me doy la comprensión y la ternura que necesito.					1 2 3 4 5
13. Cuando me siento bajo de ánimo, tiendo a sentir que la mayoría de las personas son más felices que yo.					1 2 3 4 5

14. Cuando me sucede algo doloroso, intento tomar una perspectiva equilibrada de la situación.	1	2	3	4	5
15. Intento ver mis fallos como parte de la condición humana.	1	2	3	4	5
16. Cuando veo aspectos de mí mismo que no me gustan, me decepciono conmigo mismo	1	2	3	4	5
17. Cuando fallo en algo importante para mí intento poner las cosas en perspectiva	1	2	3	4	5
18. Cuando tengo muchos problemas, tiendo a sentir que otras personas parecen tener más suerte y facilidades en la vida.	1	2	3	4	5
19. Soy amable conmigo mismo cuando experimento sufrimiento.	1	2	3	4	5
20. Cuando algo me altera, me dejo llevar por mis sentimientos.	1	2	3	4	5
21. Puedo ser un poco duro conmigo mismo cuando experimento sufrimiento.	1	2	3	4	5
22. Cuando me siento bajo de ánimo, intento acercarme a mis sentimientos con apertura y curiosidad.	1	2	3	4	5
23. Soy tolerante con mis propios fallos y deficiencias.	1	2	3	4	5
24. Cuando sucede algo doloroso tiendo a exagerarlo totalmente.	1	2	3	4	5
25. Cuando fallo en algo que es importante para mí, tiendo a sentirme solo en mi fracaso.	1	2	3	4	5
26. Intento ser comprensivo y paciente con aquellos aspectos de mi personalidad que no me gustan.	1	2	3	4	5

11.12. Anexo 12. Escala de Sobreproducción Emocional (EOPS).

A continuación, te vamos a pedir que contestes algunas preguntas acerca de cómo experimentas las emociones. Las preguntas se refieren a tu forma habitual de experimentar las emociones cuando éstas son intensas. Lee detenidamente cada frase/ítem y responde concienzudamente según la siguiente escala rodeando con un círculo la opción elegida:

1= Nunca 2=Muy pocas veces 3=De vez en cuando 4=A menudo 5=Siempre

1. Cuando siento <u>tristeza</u> suelo sentir también:					
Frustración	1	2	3	4	5
Desesperanza	1	2	3	4	5
Cabreo	1	2	3	4	5
Decepción conmigo mismo	1	2	3	4	5
Aislamiento	1	2	3	4	5
Pesimismo	1	2	3	4	5
Temor	1	2	3	4	5
Vergüenza	1	2	3	4	5
Irritación conmigo mismo	1	2	3	4	5
Abatimiento	1	2	3	4	5
Inseguridad	1	2	3	4	5
Desconfianza	1	2	3	4	5
Abandono	1	2	3	4	5
Culpa	1	2	3	4	5
Baja autoestima	1	2	3	4	5

11.13. Anexo 13. Cuestionario de Calidad Asistencial (CSQ-8)

El objetivo de este cuestionario es mejorar la atención dada a lo largo del tratamiento clínico. Las respuestas que nos dé usted serán tratadas de modo anónimo y confidencial. Contestando de modo sincero a las siguientes preguntas nos ayudará a perfeccionar nuestro servicio. Muchas gracias.

Nombre de los terapeutas.....

1. ¿Cómo evalúa la calidad del tratamiento que ha recibido?

- 4 Excelente
- 3 Buena
- 2 Regular
- 1 Mala

2. ¿Recibió el tipo de tratamiento que quería (cubrió sus expectativas)?

- 1 Definitivamente no
- 2 No, no mucho
- 3 Sí, generalmente
- 4 Definitivamente sí

3. ¿Hasta qué punto este tratamiento ha cubierto sus necesidades?

- 4 Casi todas
- 3 La mayoría
- 2 Solamente unas pocas
- 1 Ninguna

4. Si un amigo/a necesita una ayuda parecida, ¿podría recomendar este tratamiento a él o a ella?

- 1 Definitivamente no
- 2 Probablemente no
- 3 Probablemente sí
- 4 Definitivamente sí

5. ¿Está satisfecha con la ayuda que ha recibido?

- 1 Estoy muy insatisfecha
- 2 Me es indiferente o estoy levemente insatisfecha
- 3 Estoy levemente satisfecha
- 4 Estoy muy satisfecha

6. ¿La ayuda que ha recibido le ha ayudado a manejar mejor su problema?

- 4 Sí me ha ayudado mucho
- 3 Sí, me ha ayudado más o menos

- 2 No, realmente no me ha ayudado
- 1 No, ha empeorado mi problema

7. En general, ¿está satisfecha con el servicio recibido (material entregado, tiempo dedicado a las sesiones, etc.)?

- 4 Estoy muy satisfecha
- 3 Estoy levemente satisfecha
- 2 Me es indiferente o estoy levemente insatisfecha
- 1 Estoy muy insatisfecha

8. Si fuera a buscar ayuda otra vez, ¿volvería a utilizar este servicio?

- 1 Definitivamente no
- 2 Probablemente no
- 3 Probablemente sí
- 4 Definitivamente sí

11.14. Anexo 14. Análisis de multicolinealidad (Estudios 1 y 2).

Estudio 1

	Tolerancia	VIF
Relaciones	.71	1.41
Desarrollo	.33	3.03
Estabilidad	.35	2.87

Nota= dimensiones de la escala de Clima Social en la Familia.

Estudio 2

	Tolerancia	VIF
Afecto	.32	3.10
Crítica	.27	3.76
Describir	.73	1.36
Conciencia	.39	2.57
No juzgar	.30	3.32
SPE	.21	4.73
Interferencia cotidiana	.27	3.64
Descontrol emocional	.22	4.52

Nota= Afecto= escala de afecto (estilos de crianza); Crítica= esca alde crítica (estilos de crianza); Describir= subescala describir del FFMQ; Conciencia= subescala actuar con conciencia del FFMQ; No juzgar= subescala no juzgar de l FFMQ; Interferencia cotidiana= subescala de dificultad en lograr el comportamiento dirigido a metas del DERS; Descontrol emocional= subescala de dificultades en el control de impulsos del DERS; SPE= Escala de Sobreproducción Emocional

Las variables de ambos estudios no presentan multicolinealidad dado que el nivel de tolerancia no es inferior a .2 en ningún caso y el VIF no es mayor de 12 (Martinez-Arias et al., 2015).

11.15. Anexo 15. Datos sociodemográficos de la muestra (Estudios 3 y 4).

Estudio 3

Sujeto	Etnia	Nivel educativo padres	TDM	TCA	CS	Intentos suicidas	Autolesiones
1	Caucásica	Educación secundaria	No	No	No	No	Sí
2	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	No	No	Sí
3	Caucásica	Universitario	No	No	Sí	Sí	Sí
4	Caucásica	Universitario	No	Sí	Sí	Sí	Sí
5	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	No	Sí	No

Nota= TDM: diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor; TCA: diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria; CS: diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias; Intentos suicidas en los últimos 6 meses; Autolesiones no suicidas en los últimos 6 meses.

Estudio 4

Sujeto	Etnia	Nivel educativo padres	T. Af.	TCA	CS	Intentos suicidas	Autolesiones
1	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	No	No	Sí
2	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	No	Sí	Sí
3	Caucásica	Sin estudios	Sí	No	No	Sí	Sí
4	Caucásica	Universitario	Sí	Sí	No	No	Sí
5	Hispánica	Educación secundaria	Sí	Sí	No	No	Sí
6	Caucásica	Educación secundaria	Sí	Sí	Sí	No	Sí
7	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	Sí	Sí	Sí
8	Caucásica	Educación primaria	Sí	No	Sí	No	Sí
9	Caucásica	Educación primaria	No	Sí	Sí	No	Sí
10	Caucásica	Universitario	Sí	Sí	No	Sí	Sí
11	Caucásica	Educación primaria	Sí	Sí	No	Sí	Sí
12	Hispánica	Educación secundaria	Sí	Sí	Sí	No	Sí
13	Hispánica	Educación secundaria	Sí	Sí	No	No	Sí
14	Caucásica	Educación secundaria	Sí	No	Sí	No	Sí

Nota= TDM: diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor; TCA: diagnóstico de Trastorno de la Conducta Alimentaria; CS: diagnóstico de Trastorno por Consumo de Sustancias; Intentos suicidas en los últimos 6 meses; Autolesiones no suicidas en los últimos 6 meses.

