



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

## Análisis de constructos personales en el trastorno límite de la personalidad

Víctor Suárez Aragonés

**ADVERTIMENT.** La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

**ADVERTENCIA.** La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

**WARNING.** On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX ([www.tdx.cat](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://diposit.ub.edu)) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Secció de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics

Departament de Psicologia Clínica i Psicobiologia

Facultat de Psicologia

Programa de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

Título de la Tesis Doctoral:

**Análisis de constructos personales en el trastorno  
límite de la personalidad**

Doctorando: Víctor Suárez Aragonès

Director de la tesis: Dr. Guillem Feixas i Viaplana

Barcelona, julio de 2023



“La curiosa paradoja es que cuando me acepto tal como soy, entonces puedo cambiar.”

— CARL ROGERS, *El proceso de convertirse en persona*

“Painful feelings are, by their very nature, temporary. They will weaken over time as long as we don’t prolong or amplify them through resistance or avoidance. The only way to eventually free ourselves from debilitating pain, therefore, is to be with it as it is. The only way out is through.”

— KRISTIN NEFF, *Self-Compassion: The Proven Power of Being Kind to Yourself*



# Agradecimientos

En primer lugar, quisiera agradecer a todas las personas que han participado como voluntarias en este estudio ofreciendo su tiempo y vulnerabilidad emocional. A aquellas que han formado parte de los equipos terapéuticos involucrados también les doy infinitas gracias. El ánimo de cooperación de muchas de ellas ha sido realmente reconfortante.

A mi director de tesis Guillem Feixas le doy las gracias por haber creído en mí, haberme ayudado a lo largo de este viaje y haber sido un guía en cuyo criterio he podido confiar. Aprecio también el apoyo tanto práctico como emocional que me han proporcionado mis compañeros del programa de doctorado Alicia, Isabella, Helena, Alejandro, Miquel, Adrià, Carmen, Juan Carles, Danilo, Ricardo y Elena.

La oportunidad de desarrollarme y crecer como terapeuta que me ha dado Miquel Gasol y todos los miembros de su equipo, Xero, Anna, Valeria, Alícia, Júlia e Isabel, me ha permitido estar en contacto con la parte más humana, sensible y realista de nuestro trabajo. Al “consejo de sabios” formado por Eyal, Amy, Erica, Tania y Elena, os agradezco vuestra capacidad de hacerme madurar como profesional y vuestro talento para hacerme pasar momentos de diversión y distracción realmente memorables.

Todos mis amigos y compañeros de formación, Pedro, Paola, Adri, David, Alba y Ana, habéis permitido que pueda disfrutar de todo el proceso. Gracias por haber hecho que el camino sea más llano. Además de los buenos momentos juntos, el papel de Ruth como “psicoamigóloga” ofreciéndome comprensión incondicional ha sido de vital importancia en varios momentos a lo largo de estos años. Por su parte, a Marc le agradezco su contribución innegable en el proceso de transformación de mi mente.

Tengo en especial estima los ánimos y apoyos visibles e invisibles que me ha ofrecido mi familia. Les doy gracias de corazón por la paciencia que han mostrado conmigo. A Héctor le agradezco la tolerancia y el apoyo incondicional que ha mostrado en mis épocas buenas y no tan buenas. Su compasión hacia mí ha sido como un bálsamo que ha ayudado a recuperar la perspectiva en los momentos en los que no veía la luz al final del túnel.

A todos vosotros, gracias.

# Índice

Listado de tablas .....	i
Listado de figuras .....	i
Listado de abreviaciones y acrónimos .....	ii
Resumen .....	iv
Abstract.....	vi
1 Introducción .....	1
1.1 Trastorno límite de la personalidad.....	1
1.1.1 Historia de la noción de “límite” .....	1
1.1.2 Características clínicas .....	3
1.1.3 Modelos explicativos.....	5
1.1.4 Diagnóstico, diagnóstico diferencial y comorbilidad .....	10
1.1.5 Tratamientos y pronóstico .....	13
1.2 Aproximación constructivista sobre el trastorno límite de la personalidad.....	15
1.2.1 Teoría de los constructos personales .....	16
1.2.2 Técnica de la rejilla.....	22
1.2.3 El trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva de los constructos personales .....	31
2 Justificación, objetivos e hipótesis .....	44

2.1	Justificación .....	44
2.2	Objetivos e hipótesis .....	44
2.2.1	Primera hipótesis: Conflictos cognitivos.....	45
2.2.2	Segunda hipótesis: Discrepancias entre el yo y los otros .....	46
2.2.3	Tercera hipótesis: Polarización.....	47
2.2.4	Cuarta hipótesis: Indefinición.....	47
2.2.5	Quinta hipótesis: Diferenciación cognitiva .....	47
3	Método .....	49
3.1	Diseño .....	49
3.2	Participantes.....	49
3.2.1	Muestra clínica .....	49
3.2.2	Muestra control.....	51
3.3	Instrumentos y medidas .....	52
3.3.1	Cuestionario de variables sociodemográficas.....	52
3.3.2	Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form B (CORE-SFB)..	53
3.3.3	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21).....	53
3.3.4	Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II) .....	54
3.3.5	Entrevista diagnóstica para el trastorno límite - revisada (DIB-R) .....	54



3.3.6	Técnica de la rejilla interpersonal (TRI).....	55
3.3.7	Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R).....	60
3.4	Procedimiento .....	61
3.5	Análisis de datos .....	62
4	Resultados .....	65
4.1	Análisis previos.....	65
4.2	Contraste de hipótesis .....	67
5	Discusión.....	74
5.1	Implicaciones de interés clínico.....	83
5.2	Fortalezas y limitaciones del estudio .....	86
5.3	Consideraciones para el futuro .....	88
6	Conclusiones .....	89
7	Referencias .....	91
8	Anexos.....	122
8.1	Cuestionario de variables sociodemográficas.....	122
8.2	CORE-SFB .....	123
8.3	TRI.....	124
8.4	Hoja de consentimiento informado.....	125

8.5	Hoja de información del estudio para los participantes .....	126
-----	--	-----

## Listado de tablas

<b>Tabla 1.</b> Modelo del TLP de acuerdo con la TCP .....	33
<b>Tabla 2.</b> Estadísticos descriptivos de la sintomatología de la muestra clínica .....	66
<b>Tabla 3.</b> Porcentaje de participantes con conflicto cognitivo y comparación entre grupos .....	68
<b>Tabla 4.</b> Comparación entre grupos de proporciones de conflictos cognitivos e intensidad de dilemas implicativos, polarización e indefinición .....	69
<b>Tabla 5.</b> Correlaciones entre índices de conflicto cognitivo y sintomatología general .	70
<b>Tabla 6.</b> Correlaciones entre índices de conflicto cognitivo y sintomatología específica TLP .....	71
<b>Tabla 7.</b> Comparación entre grupos de discrepancias entre elementos y PVEPF .....	72

## Listado de figuras

<b>Figura 1.</b> Esquema del Ciclo de la Experiencia.....	20
<b>Figura 2.</b> Ejemplo de una rejilla interpersonal .....	23
<b>Figura 3.</b> Ejemplo de un dilema implicativo .....	27

## Listado de abreviaciones y acrónimos

<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>BMP</b>	Buen Manejo Psiquiátrico
<b>BPQ</b>	Cuestionario de Personalidad Límite
<b>CD</b>	Constructo dilemático
<b>Ciclo C-A-C</b>	Ciclo Circunspección-Apropiación-Control
<b>CIE</b>	Clasificación Internacional de Enfermedades
<b>CORE-OM</b>	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure</i>
<b>CORE-SFB</b>	<i>Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form B</i>
<b>CSMA</b>	Centro de Salud Mental de Adultos
<b>DASS-21</b>	Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés
<b>DI</b>	Dilema implicativo
<b>DIB-R</b>	Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada
<b>DSM</b>	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
<b>DT</b>	Desviación típica
<b>GSI</b>	Índice de Severidad Global
<b>IDI</b>	Intensidad del dilema implicativo
<b>IPDE</b>	Examen Internacional de Trastornos de Personalidad
<b>IPO</b>	<i>Inventory of Personality Organization</i>
<b>ITLímit</b>	<i>Institut Trastorn Límit</i>
<b>MCMI-III</b>	Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III
<b>MMPI-2-RF</b>	Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2-Forma Revisada
<i>n</i>	Tamaño de la muestra
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<i>p</i>	Valor p
<b>PCD</b>	Porcentaje de constructos dilemáticos
<b>PDI</b>	Porcentaje de dilemas implicativos
<b>PICDI</b>	Porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo

<b>PVEPF</b>	Porcentaje de la varianza explicado por el primer factor
<i>r</i>	Correlación
<b>SCID-II</b>	Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad
<b>SCL-90-R</b>	<i>Symptom Checklist-90-Revised</i>
<b>STEPPS</b>	Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas
<b>STIPO</b>	<i>Structured Interview of Personality Organization</i>
<i>t</i>	Prueba <i>t</i> de Student
<b>TBM</b>	Terapia Basada en la Mentalización
<b>TCA</b>	Terapia Cognitiva Analítica
<b>TCE</b>	Terapia Centrada en Esquemas
<b>TCP</b>	Teoría de Constructos Personales
<b>TDC</b>	Terapia Dialéctica Conductual
<b>TEPT</b>	Trastorno por estrés postraumático
<b>TFT</b>	Terapia Focalizada en la Transferencia
<b>TLP</b>	Trastorno límite de la personalidad
<b>TP</b>	Trastorno de la personalidad
<b>TR</b>	Técnica de la rejilla
<b>TRI</b>	Técnica de la rejilla interpersonal
<i>U</i>	<i>U</i> de Mann-Whitney
$\chi^2$	Chi-cuadrado

## Resumen

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es una condición mental muy incapacitante caracterizada por una intensa inestabilidad afectiva, identitaria e interpersonal, además de una marcada tendencia a la impulsividad. Las personas que lo padecen experimentan una severidad sintomática tan elevada que a menudo las lleva a tomar decisiones e involucrarse en conductas que atentan contra su bienestar físico y emocional. En ocasiones, su nivel de sufrimiento es tan extremo que puede conducirlos a realizar intentos de suicidio.

La Teoría de Constructos Personales (TCP) postula que cada persona construye esquemas a partir de su experiencia para comprender e interpretar los acontecimientos. Su funcionamiento psicológico (pensamientos, creencias, decisiones, acciones, emociones o imágenes) y su forma de operar con la realidad se derivan de los significados que reflejan tales constructos. Desde esta aproximación teórica se han desarrollado herramientas de evaluación, como la técnica de la rejilla interpersonal (TRI), las cuales permiten acceder al sistema de constructos de una persona. A partir de su análisis se puede inferir la forma en que un individuo se percibe a sí mismo y a las personas de su alrededor.

El objetivo de esta tesis doctoral es evaluar las características del sistema de constructos con el que las personas con TLP perciben el “sí mismo” y a las otras personas. En concreto, pretendemos valorar diferentes índices de conflictividad cognitiva (constructos dilemáticos, dilemas implicativos e intensidad dilemática), discrepancias entre la percepción del “yo” y los “otros” (autoestima, aislamiento autopercebido y adecuación percibida de los demás), polarización, indefinición y diferenciación cognitiva.

Administramos herramientas de evaluación psicológica a una muestra clínica de 78 personas derivadas de centros de salud mental del área de Barcelona y alrededores para verificar su diagnóstico base de TLP, recabar información sobre su estado sintomatológico general y evaluar su sistema de constructos. Los datos recogidos se compararon con los obtenidos en una muestra control del mismo tamaño formada por personas con características sociodemográficas similares de la población general.

Tras realizar los análisis estadísticos, se hallaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a los niveles de presencia y porcentaje de conflictividad cognitiva, sobre todo por lo que respecta a los constructos dilemáticos, siendo estos niveles mayores en la muestra clínica. Los indicadores de autoestima, aislamiento autopercebido y adecuación percibida de los demás también resultaron ser más elevados en el grupo clínico. Asimismo, los índices de polarización, indefinición y diferenciación cognitiva fueron superiores en el grupo de participantes con diagnóstico de TLP. Por lo que respecta a la muestra clínica, no se observó una relación entre la conflictividad cognitiva y la intensidad psicopatológica, a pesar de que los resultados mostraron una ligera tendencia asociativa entre los dilemas implicativos y la sintomatología psicológica general.

Los hallazgos obtenidos apoyan la mayoría de las hipótesis previamente planteadas por lo que respecta a los procesos interpretativos y a las características del sistema constructivo de las personas con un diagnóstico de TLP. Estos resultados denotan la conveniencia de abrir caminos hacia nuevas aplicaciones clínicas derivadas desde la perspectiva de la TCP, las cuales podrían complementar los principales modelos psicoterapéuticos basados en la evidencia disponibles en la actualidad.

Palabras clave: *trastorno límite de la personalidad, teoría de los constructos personales, técnica de la rejilla, conflictos cognitivos, polarización, indefinición, diferenciación cognitiva*

## Abstract

Borderline Personality Disorder (BPD) is a severe mental condition characterized by intense affective, identity and interpersonal instability, along with a marked tendency toward impulsivity. People who suffer from it experience such profound distress that it frequently drives them to take decisions and engage in behaviors that jeopardize their physical and emotional well-being. In some cases, their extreme level of suffering may induce them to attempt suicide.

Personal Construct Theory (PCT) postulates that each person constructs schemas to understand and interpret events based on their experiences. Their psychological functioning (thoughts, beliefs, decisions, actions, emotions, or images) and their way of dealing with reality are based on the meanings represented by their personal constructs. Based on this theoretical approach, the Repertory Grid Technique (RGT) and other assessment tools have been developed to access a person's construct system. From its analysis, it can be inferred the way in which an individual perceives themselves and significant others.

The objective of this thesis is to evaluate the characteristics of the construct systems that people with BPD employ for the construal of "self" and "others". Specifically, we aim to assess domains such as cognitive conflicts (dilemmatic constructs, implicative dilemmas, and dilemmatic intensity), discrepancies between the perception of the "self" and the "others" (self-esteem, self-perceived isolation, and perceived adequacy of others), polarization, indefiniteness, and cognitive differentiation.

We administered psychological assessment tools to 78 participants from a clinical sample referred from mental health institutions in the Barcelona area and surroundings to verify their baseline diagnosis of BPD, gather information about their general symptomatic status and assess their construct systems. The collected data were compared with those obtained from a control sample of the same size with similar sociodemographic characteristics from the general population.

Statistical analyses showed significant differences between groups regarding presence and percentage of cognitive conflict, especially dilemmatic constructs. Overall levels of



conflict were higher in the clinical sample in comparison with controls. Indices derived from the RGT indicating self-esteem, self-perceived isolation, and perceived adequacy of others were also higher in the clinical group. Likewise, polarization, indefiniteness, and cognitive differentiation were higher in the group of participants diagnosed with BPD. Regarding the clinical sample, no link was observed between cognitive conflict and psychopathological intensity, even though the results showed a slight associative tendency between implicative dilemmas and general psychological symptomatology.

These findings provide much support to most of the hypotheses presented related to the interpretative processes and the characteristics of the constructive system of people with a diagnosis of BPD. These results point towards the usefulness of exploring future paths for new clinical applications derived from the perspective of PCT, which could complement the main evidence-based psychotherapeutic treatments for BPD.

*Keywords: borderline personality disorder, personal construct theory, repertory grid, cognitive conflicts, polarization, indefiniteness, cognitive differentiation*

# 1 Introducción

## 1.1 Trastorno límite de la personalidad

### 1.1.1 Historia de la noción de “límite”

El término “límite” (*borderline*) fue usado por primera vez en la historia de la psicopatología por Adolph Stern (1938) para describir una entidad nosológica limítrofe entre la psicosis y la neurosis. No fue hasta mediados del siglo XX que el psicoanálisis retomó este concepto, sobre el cual forjó un modelo amplio y general de organización de la personalidad, en el que se incluía el tipo límite (Kernberg, 1967), y se legitimó el interés por los pacientes que lo padecían (Grinker et al., 1968; Kety et al., 1968).

A partir de los años 70 se empezó a utilizar el término trastorno límite de la personalidad (TLP) como una entidad descriptiva específica y diferente de otras condiciones como la depresión o la esquizofrenia (Gunderson y Kolb, 1978; Gunderson y Singer, 1975; Spitzer et al., 1979). Estos últimos esfuerzos en definir el perfil límite permitieron finalmente su inclusión en la tercera versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) de la *American Psychiatric Association* (APA; 1980), habiendo este ya contemplado otras disfuncionalidades de la personalidad desde su primera edición (1952). Una década más tarde se incluyó en la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) de la Organización Mundial de la Salud (OMS; 1992) con el nombre de trastorno de la personalidad emocionalmente inestable.

A finales del siglo XX, el término TLP se popularizó entre la comunidad de profesionales de la salud mental. Sin embargo, se compartía la idea de que era una condición irremediable debido a su severidad sintomática, al alto riesgo de suicidio y a las dificultades de la intervención y manejo clínico con este tipo de pacientes (Gunderson et al., 2018). A medida que se fueron creando y adaptando programas terapéuticos para este tipo de pacientes, el mito de la intratabilidad se fue desvaneciendo y aparecieron los primeros estudios que daban esperanza a las personas que sufrían de TLP (Kernberg et al., 1989; Linehan, 1993a, 1993b). A partir de entonces, muchos fueron los esfuerzos que se emplearon en la proliferación de literatura científica dedicada a crear y mejorar las

propuestas terapéuticas para el TLP (Bateman y Fonagy, 2004; Gunderson y Links, 2014; Young et al., 2003; Zanarini, 2009).

En la cuarta versión del DSM (APA, 1994), el TLP se incluye dentro del clúster B de su clasificación de trastornos de la personalidad (TPs). Junto a este, se agrupan los TPs antisocial, histriónico y narcisista, los cuales son definidos como perfiles dramáticos, muy emocionales y con tendencias de pensamiento y conducta impredecible. El sistema de clasificación de los TPs utilizado en este DSM es categórico, es decir, considera que los diferentes perfiles disfuncionales de personalidad son entidades claramente separadas entre sí y con criterios específicos para diferenciarlos de la personalidad sana. Desde esta perspectiva, el profesional podría denotar si un individuo presenta un trastorno o no lo presenta. Este método de clasificación ha sido causa de controversia y disensión, ya que, según muchos expertos, es difícil utilizar un mismo umbral universal para determinar el punto a partir del cual empieza la psicopatología. Además, también argumentan que es poco habitual encontrar una persona que encaje exclusivamente con un tipo de TP, por lo que es difícil de aplicar a la realidad clínica (Hopwood et al., 2018). Como modelo alternativo, se propone que una visión dimensional de la personalidad podría ayudar a conceptualizarla como un continuo cuya expresión pueda ser desadaptativa si se manifiesta cierto nivel de intensidad en alguno de sus dominios (Brown y Barlow, 2005).

Tanto en la revisión de la cuarta edición del manual como en la publicación de del DSM-5 (APA, 2013) y del DSM-5-TR (APA, 2022) se mantiene la misma clasificación categórica de los TPs. No obstante, en la quinta edición, además de ofrecer la visión clásica, se añade una sección en la que se plantea un modelo alternativo híbrido dimensional-categórico. Este modelo se basa en dos ejes: las áreas de funcionamiento de la personalidad y los rasgos de personalidad. El primer elemento hace referencia a las áreas personal (identidad y autodirección) e interpersonal (empatía e intimidad). Por otro lado, los rasgos de personalidad se dividen en 5 dominios: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. A pesar de su característica dimensional, este nuevo modelo sigue incluyendo el TLP como uno de los posibles 6 TPs que resultan de las diferentes combinaciones entre deficiencias funcionales y rasgos de la personalidad.

La nueva versión de la CIE-11 (OMS, 2019) también se ha acogido a un modelo híbrido dimensional-categórico en la medida en la que se pretende enfatizar el papel de la

intensidad de desadaptación de la personalidad. Ya no incluye la figura del trastorno de la personalidad emocionalmente inestable, aunque sí conserva la etiqueta de patrón límite para identificar qué rasgos presenta la persona con TP, la cual describe el cuadro clínico tradicional del TLP.

Siendo una discusión todavía abierta y difícil de resolver, para el presente proyecto tomamos la decisión de trabajar con la visión del TLP que seguía vigente en el inicio de este. Consideramos que es de utilidad que se pueda sostener el debate y trabajar en la exploración de modelos dimensionales si estos resultan más verosímiles y de mayor beneficio para las personas que se ven afectadas por alteraciones de la personalidad. Sin embargo, dado que el objeto de nuestro estudio no se centra en la definición del TLP, hemos optado por utilizar la conceptualización actualmente oficial y reconocida en nuestro contexto profesional inmediato.

### 1.1.2 Características clínicas

En general, los TPs son condiciones psicológicas que pueden llegar a ser muy incapacitantes y afectar sustancialmente la calidad de vida de aquellas personas que los padecen, así como su nivel de funcionamiento psicosocial (Ansell et al., 2007; IsHak et al., 2013; Skodol, 2018; Skodol et al., 2005), incluso hasta 10 años después de finalizar el tratamiento (Alvarez-Tomás et al., 2017; Gunderson et al., 2011). En concreto, se estima que el TLP puede llegar a manifestarse entre un 1% y un 3% en la población general, afectando por igual a hombres y mujeres (Ellison et al., 2018; Lenzenweger et al., 2007; Tomko et al., 2014; Torgersen et al., 2001; Trull et al., 2010) y hasta un 5.9% si se toma en consideración la prevalencia a lo largo de la vida (Grant et al., 2008). Estas proporciones pueden llegar hasta un 22% en población clínica, siendo más común en mujeres en este contexto (Ellison et al., 2018; Korzekwa et al., 2008; Lieb et al., 2004). A pesar de que no se puede estimar el coste económico exacto que genera las consecuencias del TLP, se asume que, debido a su alta incidencia en la población, este es muy elevado (Gunderson, 2009; Soeteman et al., 2008).

El TLP suele aparecer a finales de la adolescencia e inicios de la adultez (Bozzatello et al., 2019), teniendo así un carácter perjudicial temprano que puede influir sobre la mayoría de las áreas vitales del afectado (APA, 2022). Las personas cuya personalidad encaja con

un perfil de tipo límite tienden a manifestar dificultad para regular sus emociones, alteraciones de la identidad, inestabilidad en las relaciones interpersonales y una marcada impulsividad (Lieb et al., 2004). Es habitual observar ideación y conductas autolesivas, suicidas o de uso de sustancias acompañando el resto de los síntomas habituales en este cuadro clínico (Paris, 2019; Reichl y Kaess, 2021; Trull et al., 2018). Normalmente, el paciente prototípico no suele solicitar asistencia para aliviar los síntomas más descriptivos de esta patología, sino para remediar síndromes clínicos comórbidos a estos tales como depresión, ansiedad, abuso de sustancias o trastornos alimentarios (Freeman y Fusco, 2004; Zanarini et al., 2001).

La inestabilidad afectiva es una de las características centrales del TLP, la cual se manifiesta mediante la experiencia de cambios repentinos e intensos en el estado de ánimo. La dificultad de regular las propias emociones se caracteriza por una alta sensibilidad a estímulos estresores, una elevada reactividad emocional y un lento retorno a un tono de activación emocional basal (Crowell et al., 2009; Linehan, 1993a). Es habitual oscilar entre la eutimia y la disforia, por lo que este patrón de funcionamiento acostumbra a suponer una gran fuente de malestar (Koenigsberg et al., 2001). Los individuos que lo manifiestan suelen expresar sentimientos de tristeza continua, miedos irracionales, culpabilidad, desesperanza, ansiedad, sensación de soledad y vacío crónico (Zanarini et al., 1998).

Algunas personas que sufren TLP pueden experimentar alteraciones a nivel cognitivo que propicien sintomatología de tipo psicótica, en momentos de mucha tensión emocional, sin establecerse un cuadro predominante y persistente. De entre las posibles alteraciones que pueden experimentar encontramos los denominados pensamientos extraños (como pensamiento mágico, ideas sobrevaloradas, despersonalización o desrealización; Zanarini et al., 1990; Zanarini et al., 2013), experiencias paranoides transitorias no delirantes (como suspicacia infundada o ideas autorreferenciales; Pearse et al., 2014) y/o episodios con tendencia delirante y/o alucinatoria (Kelleher y DeVlyder, 2017; Kingdon et al., 2010). La gravedad de los síntomas cognitivos puede variar en función de la comorbilidad psicopatológica de cada individuo (Niemantsverdriet et al., 2017).

Otras de las áreas más destacadas y nucleares del TLP es la impulsividad, la cual puede manifestarse en forma de conductas autodestructivas u otro tipo de comportamientos

precipitados cuyas consecuencias pueden ser perjudiciales para su autor o terceras personas (Links et al., 1999; McCloskey y Ammerman, 2018). La ideación y conducta autolítica suelen formar parte del repertorio sintomatológico prototípico de este trastorno, incluyendo en muchos casos numerosas amenazas y/o intentos de suicidio (Paris, 2005). Se estima que entre un 50% y un 90 % de las personas con un perfil TLP manifiestan algún tipo de conducta autolesiva (Goodman et al., 2017), llegando a la ejecución completa del acto suicida hasta en un 10% de los casos (McCloskey y Ammerman, 2018). Estas estadísticas demuestran que la probabilidad de suicidio es hasta 50 veces mayor con respecto a la población general (Joiner et al., 2005) y pueden llegar a representar entre un 9% y un 33% del total de los suicidios que se cometen (Pompili et al., 2005). Otros tipos de actos impulsivos pueden manifestarse en forma de alimentación compulsiva, compras excesivas, relaciones sexuales de riesgo, interacciones interpersonales agresivas, daños materiales, abuso de sustancias o conducción temeraria (Sebastian et al., 2013).

Por último, la vinculación interpersonal es otra de las áreas en las que las personas con un diagnóstico de TLP suelen encontrar dificultades. Siendo afectados por la desregulación emocional, es habitual que aquellos que encajan con un perfil de TLP les pueda costar manejar cómo se sienten con ellos mismos y en relación con los demás. Esto puede causar que tengan dificultades para establecer conexiones sanas con otras personas (Lieb et al., 2004; Linehan, 1993a). Se sabe que una de las complicaciones más comunes es la inestabilidad relacional con personas cercanas, caracterizada por un proceso de altibajos en el que se oscila entre la idealización y la devaluación de los demás. Otro patrón disfuncional que se manifiesta de forma habitual implica tener numerosas relaciones interpersonales intensas y de corta duración. También se ha descrito el miedo al abandono y la dificultad de tolerar la soledad como otro de los factores que contribuye a la falta de estabilidad del área interpersonal (Lazarus et al., 2014; Russell et al., 2007).

### 1.1.3 Modelos explicativos

Como hemos visto, la conceptualización del TLP ha sido y sigue siendo un tema de debate. De la misma forma, los modelos explicativos que se han propuesto para esta condición son varios y se sustentan en diferentes aproximaciones teóricas sobre los TPs. A continuación, se comentan los 4 modelos principales específicos del TLP que han ganado mayor aprobación por la comunidad científico-clínica y que han recogido más

evidencia empírica sobre sus implicaciones clínicas (D'Agostino et al., 2018; Gunderson et al., 2018).

### 1.1.3.1 Organización de personalidad límite

El primer modelo sugerido para el perfil límite fue propuesto por Otto Kernberg (1975). Proviene de una amplia conceptualización de base psicoanalítica sobre 3 tipos de organización de la personalidad: neurótica, psicótica y límite. Éste último tipo de estructura que sugiere el autor hace referencia, además del TLP, a características habituales de los TPs narcisista, histriónico, antisocial, esquizoide y paranoide.

La organización límite se caracteriza por presentar (1) alteraciones de la identidad (difusión de la identidad, sentimiento de vacío crónico, autoevaluación inapropiada y dificultad de expresión emocional y de vínculo con los demás); (2) defensas primitivas (mecanismos de escisión del yo, proyección primitiva, idealización primitiva del objeto, negación, omnipotencia y desvalorización del objeto); y (3) pérdida transitoria de la prueba de realidad (dificultad de diferenciación entre el “yo” el no “yo” en momentos de elevada tensión emocional). Según Kernberg (1967, 1984), las personas con una organización límite podrían ser de dos tipos: de funcionamiento alto (mayor tendencia a la organización neurótica) o de funcionamiento bajo (mayor tendencia a la organización psicótica).

Existen herramientas de evaluación tales como el *Inventory of Personality Organization* (IPO; Kernberg y Clarkin, 1995) y la *Structured Interview of Personality Organization* (STIPO; Stern et al., 2010) que han recibido apoyo empírico sobre las predicciones de Kernberg (Lenzenweger et al., 2001). A partir del modelo de organización de la personalidad se creó la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT; Clarkin et al., 2006; Kernberg et al., 1989), un programa de intervención clínica empíricamente eficaz para el tratamiento del TLP (Clarkin et al., 2001, 2007; Cristea et al., 2017; Fischer-Kern et al., 2015).

### 1.1.3.2 Teoría Biosocial: desregulación emocional

La teoría biosocial del TLP propuesta por Marsha Linehan (1993a) se fundamenta en los principios de la psicología cognitivo conductual y corrientes orientales y contextuales. Según esta autora, la base de la manifestación sintomatológica del TLP es la desregulación emocional. La tendencia a la hipersensibilidad afectiva puede llevar a la persona a experimentar un malestar psicológico tan agudo que ésta puede tratar de contrarrestar su estado mediante algunas conductas impulsivas desadaptativas (uso de sustancias, atracones, autolesiones, relaciones sexuales de riesgo, etc.). En este contexto, las consecuencias a corto plazo se vuelven significativamente más relevantes que las crónicas. La inestabilidad afectiva también podría explicar el patrón de vinculación problemática con otras personas y la inconsistencia de interpretación de su realidad social.

Dado que sus relaciones interpersonales pueden ser tan impredecibles, muchos individuos con diagnóstico de TLP tienden a sentir miedo al abandono y al rechazo, ya sea este real o percibido. Esto puede ayudar a explicar que las percepciones de cómo son las personas de su alrededor sean tan polarizadas a la vez que fácilmente cambiantes. La falta de calma, continuidad emocional y preocupación sobre las consecuencias a largo término dificultan formar un sentido de identidad estable y poder construir proyectos de vida personales (Linehan, 1993a).

Linehan (1993a) pone de manifiesto la importancia de la transacción entre esta predisposición biológica a la hipersensibilidad emocional y la invalidación ambiental. En esencia, cuando una persona experimenta la realidad con mucha más intensidad que el promedio de sus pares, puede correr el riesgo de que los demás no entiendan su experiencia interna y, por lo tanto, la nieguen o no la reconozcan. Esta reacción puede causar que sus estados emocionales automáticamente se intensifiquen y lleguen a niveles de malestar muy superiores a los iniciales. Asimismo, Linehan (1993a) considera que algunas situaciones de trauma o invalidación ambiental sistemáticas pueden sensibilizar una persona aparentemente sana hasta llevarla al punto de despertar su potencial vulnerabilidad emocional.

La Terapia Dialéctica Conductual (TDC; Linehan, 1993a, 1993b, 2015) se basa en la Teoría Biosocial del TLP, por lo que la desregulación emocional constituye el elemento



central del tratamiento. Este programa terapéutico tiene una duración aproximada de 2 años y se basa en una atención intensiva de terapia individual, grupal y atención telefónica en crisis. Para ayudar al individuo a obtener una mejor gestión de sus emociones, se pretende entrenarlo en 4 módulos de habilidades: tolerancia al malestar, regulación emocional, efectividad interpersonal y mindfulness (Salsman y Linehan, 2006). La TDC es una de las terapias que más evidencia científica ha obtenido hasta el momento a favor de su eficacia, por lo que es considerada como uno de los principales tratamientos de elección para el TLP (Cristea et al., 2017; Linehan et al., 2006; Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020).

### 1.1.3.3 Disfunción reflexiva: mentalización

El modelo de la disfunción reflexiva, originado desde corrientes psicodinámicas (Fonagy y Target, 1996), señala la dificultad del proceso de mentalización como el elemento clave del establecimiento del TLP. Este concepto se refiere a la capacidad de tener consciencia sobre los estados mentales y las actividades cognitivas, propias y ajenas, con sus respectivas diferencias. De acuerdo con sus propulsores, una mentalización no adecuada se vincula a un apego desorganizado, el cual puede incrementar la falta de regulación emocional, atención y capacidad de autocontrol. Si los cuidadores principales fallan al proporcionar cuidado y atención a los estados mentales del individuo, probablemente este no llegará a desarrollar habilidades de mentalización adecuadas. En este contexto, el trauma puede distorsionar el proceso de aprendizaje adaptativo de reflexión sobre los estados mentales, a la vez que dificultar el proceso de construcción de autoimagen desde el trascurso del desarrollo cognitivo hasta la edad adulta (Bateman y Fonagy, 2010).

Como posibles escenarios en el fallo de adquisición de una buena capacidad de mentalización nos encontramos con la hipermentalización (sobreinterpretación y adición de estados mentales que van más allá de los que realmente existen) y la hipomentalización (falta o reducción de la habilidad de reconocer los estados mentales y/o escasez de motivación para apreciarlos). Según este modelo, el perfil TLP tiene una tendencia al funcionamiento de equivalencia psíquica, esto es, un modo cognitivo en el que tanto realidad interna como externa se interpretan con la misma validez. Todos los procesos y estados mentales que experimenta la persona son interpretados con la misma reactividad

emocional como si estuvieran sucediendo en el mundo externo (Fonagy et al., 2018; Sharp y Vanwoerden, 2015).

A pesar de que el trabajo con la mentalización está transversalmente extendido en el campo de la psicoterapia, la Terapia Basada en la Mentalización (TBM; Bateman y Fonagy, 2004, 2010) es un modelo de intervención diseñado específicamente para el TLP que ha obtenido una gran evidencia científica sobre su efectividad (Bateman y Fonagy, 2008, 2009; Cristea et al., 2017; Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020).

#### 1.1.3.4 Hipersensibilidad interpersonal

De entre los modelos más reconocidos hasta la fecha, uno de los últimos en postularse ha sido el de la hipersensibilidad interpersonal (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008). De acuerdo con esta teoría, la alta sensibilidad y reactividad a situaciones interpersonales son genéticamente predispuestas. A medida que el individuo que posee esta tendencia hipersensible innata se va desarrollando e interactuando con su entorno, se refuerzan estados afectivos negativos relacionados con su contexto como el miedo al abandono, la alta sensibilidad al rechazo y la baja tolerancia a la soledad. Las respuestas provenientes de su entorno (control, castigo, ignorancia, etc.) dirigidas a compensar la experiencia emocional del individuo podrían acabar determinando la manifestación de un cuadro clínico completo de TLP.

A causa de una experiencia perceptiva de inadecuación de la respuesta interpersonal ajena a las situaciones propias, se construyen imágenes polarizadas negativas sobre los demás (“son malos”) o sobre uno mismo (“soy malo”). La hipersensibilidad interpersonal podría explicar el funcionamiento del pensamiento dicotómico, así como de la constante fluctuación entre percepciones idealizadas o devaluadas de los demás. Según este modelo los actos impulsivos serían mecanismos (conscientes o inconscientes) para evitar la soledad y el malestar psicológico que esta conlleva para este tipo de personas (Gunderson y Lyons-Ruth, 2008).

El buen manejo psiquiátrico (BMP; Gunderson y Links, 2014) es una corriente terapéutica medicalizada que se ha adaptado y manualizado para el tratamiento del TLP, la cual se basa en el modelo de la hipersensibilidad interpersonal. Este tratamiento

combina el manejo de caso con principios psicoterapéuticos psicodinámicos y de estrategias cognitivo-conductuales. A pesar de que se define como un tratamiento de baja intensidad, ha recogido suficiente apoyo empírico como para poder ser reconocido y utilizado como una alternativa válida para el tratamiento del TLP (McMain et al., 2009, 2012).

#### 1.1.4 Diagnóstico, diagnóstico diferencial y comorbilidad

El DSM-5-TR propone que los TPs son patrones estables de experiencia interna y manifestación externa disfuncionales o culturalmente inadecuados. Estos tienden a aparecer en la adolescencia o inicios de la edad adulta, suelen ser persistentes en el tiempo, generan un nivel de malestar significativo y afectan la mayoría de las áreas de la vida de las personas que los padecen. La sintomatología manifestada no puede atribuirse al uso de sustancias o a otras patologías mentales u orgánicas. En concreto, se define el TLP (código diagnóstico 301.83) como un tipo de expresión de la personalidad desadaptativa que se caracteriza por una tendencia a la inestabilidad en los vínculos interpersonales, la autoimagen y el estado emocional y una marcada impulsividad. De acuerdo con este manual, existen 9 criterios útiles para verificar la presencia de un TLP, de los cuales se deben cumplir con al menos 5 para poder recibir el diagnóstico. A continuación, se enumeran todos ellos.

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (p. ej., gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios).
5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.

6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
7. Sensación crónica de vacío.
8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (p. ej., exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves (APA, 2022, p. 752).

De acuerdo con el modelo híbrido dimensional-categorico de la personalidad que se incluye en la Sección III del DSM-5-TR, un individuo podría recibir el diagnóstico de TLP si cumple las siguientes características: “inestabilidad de la imagen de sí mismo, de las metas personales, de las relaciones interpersonales y de los afectos, acompañada por la impulsividad, el comportamiento de riesgo y/o la hostilidad” (APA, 2022, p. 881).

La versión vigente de la CIE-11 sugiere que el patrón límite (código diagnóstico 6D11.5) es un rasgo de personalidad prominente que “puede ser aplicado a individuos cuya alteración de la personalidad se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como por una marcada impulsividad” (OMS, 2019). Los aspectos específicos con los que este sistema de clasificación define esta alteración de la personalidad son similares a los descritos en la perspectiva actual del DSM-5-TR (APA, 2022).

Es importante hacer un buen diagnóstico diferencial del TLP, ya que su manifestación clínica puede confundirse fácilmente con otros cuadros psicopatológicos. Algunos de los principales trastornos con los que se debe contrastar el perfil límite son trastornos del estado del ánimo (depresión y trastorno bipolar), esquizofrenia, y otros TP (APA, 2022; Paris, 2018).

La depresión puede parecerse a ciertos episodios disfóricos del TLP. Para poder atribuir un TLP es importante comprobar que los síntomas depresivos se enmarcan en el contexto de un patrón de inestabilidad afectiva y elevada reactividad emocional de inicio temprano y larga duración (Gunderson y Philips, 1991). Si bien los altibajos del estado del ánimo característicos del trastorno bipolar parecen reproducir a gran escala los cambios repentinos habituales en el TLP, estos últimos suelen durar horas y rara vez días y acostumbran a ser reactivos a estresores interpersonales (Russell et al., 2007). Además, los cambios del tono anímico en el TLP suelen ser de la disforia a la rabia en lugar de a la euforia (Koenigsberg, 2010).

En algunos casos, personas con un diagnóstico de TLP puede experimentar síntomas psicóticos que podrían asemejarse a los experimentados en la esquizofrenia. Sin embargo, las principales alteraciones cognitivas del perfil límite suelen ser poco diversas (principalmente alucinaciones auditivas o estados paranoides), de poca intensidad y corta duración. Asimismo, estos episodios suelen aparecer de forma reactiva a situaciones de mucha tensión y en el contexto de una desregulación emocional aguda (Kelleher y DeVlyder, 2017).

Dado que los TPs del clúster B comparten un perfil de personalidad similar (dramáticos, emocionales y con tendencias de pensamiento y conducta impredecible), en ocasiones puede haber dudas sobre si una persona presenta un trastorno u otro del mismo grupo. Por otro lado, tanto los breves estados psicóticos posibles del TLP (p. ej., alucinaciones, tendencias delirantes, episodios paranoides transitorios) como los patrones de relación inestables (p. ej., excesiva dependencia, baja tolerancia a la soledad y miedo al abandono) podrían encajar también con los perfiles de TPs de clúster A y C respectivamente. De acuerdo con el DSM-5-TR (APA, 2022), la recomendación para un buen diagnóstico diferencial del TLP se basa en ceñirse a los criterios diagnósticos específicos de cada trastorno. En cualquier caso, si un individuo cumple suficientes criterios diagnósticos de varios TPs, es plausible que se puedan diagnosticar todos ellos.

Las principales herramientas de evaluación del TLP son las entrevistas diagnósticas que examinan la presencia de algún TP (incluido el límite) siendo los más utilizados el Examen Internacional de Trastornos de Personalidad (IPDE; Loranger, 1994) y la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad (SCID-II; First et al.,

1997). Esta última herramienta resulta de gran utilidad al revisar los criterios diagnósticos de todos los trastornos de personalidad encontrados en el DSM-IV. Si se desea examinar únicamente si una persona se asemeja al perfil del TLP mediante una entrevista clínica, se puede emplear la Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite-Revisada (DIB-R; Zanarini et al., 1989).

Existen también cuestionarios autoinformados que permiten detectar la existencia de TPs como el Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III (MCMI-III; Millon et al., 1997) o el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota-2-Forma Revisada (MMPI-2-RF; Ben-Porath y Tellegen, 2008). Un ejemplo de un cuestionario específico para el TLP sería el Cuestionario de Personalidad Límite (BPQ; Poreh et al., 2006).

En cualquier caso, verificar la presencia del TLP no suele ser tarea fácil, ya que son numerosos los síntomas que se pueden presentar y, por lo tanto, múltiples las combinaciones sindrómicas susceptibles a ser observadas. De hecho, algunos estudios hablan de la posibilidad de diferentes subtipos de TLP (p. ej., Shevlin et al., 2007). También existe un amplio espectro de trastornos con los que se ha encontrado una alta comorbilidad con el TLP. De entre los más comunes encontramos los trastornos del estado del ánimo (32-83%), trastorno de ansiedad generalizada (0-35%), trastorno de pánico con o sin agorafobia (2-48%), fobia social (3-46%), trastorno obsesivo compulsivo (0-20%), trastorno por estrés postraumático (TEPT; 25-56%), uso de sustancias (23-84%), anorexia (0-21%), bulimia (3-26%) y trastorno de la conducta alimentaria no especificado (14-26%; Shah y Zanarini, 2018).

### 1.1.5 Tratamientos y pronóstico

Desde la introducción del perfil límite en el mundo de la psicología hasta finales del siglo XX, este se consideraba un cuadro psicopatológico intratable. No fue hasta los años 90 que se empezó a evidenciar que existían tratamientos efectivos para ayudar a personas con TLP a reducir la sintomatología y poder tener un mayor nivel de bienestar (Gunderson et al., 2018).

Hasta la fecha los tratamientos de elección para el TLP que más evidencia han recogido son los psicológicos (Choi-Kain et al., 2017). Los psicofármacos habitualmente resultan

efectivos en aquellos casos en los que los pacientes no responden a intervenciones psicológicas y acostumbran a ir dirigidos a tratar algunos síntomas concretos del TLP, más que el cuadro completo (Stoffers-Winterling et al., 2020). Por ejemplo, los antipsicóticos de segunda generación o los antidepresivos serotoninérgicos han demostrado ser efectivos para sintomatología afectiva, ansiosa e impulsiva. Por otro lado, algunos antipsicóticos atípicos pueden ser útiles para tratar cuadros psicóticos y disociativos. Asimismo, ciertos antiepilépticos también pueden ser de ayuda para paliar inestabilidad afectiva, impulsividad y gestión de la ira (Del Casale et al., 2021).

Las principales y últimas revisiones de tratamientos psicológicos para el TLP (Cristea et al., 2017; Stoffers-Winterling et al., 2022; Storebø et al., 2020) llegan a conclusiones similares por lo que respecta a la efectividad de las intervenciones psicoterapéuticas. En todos los casos, a pesar de notarse la importancia de generar nuevos estudios para seguir contrastando la información de que se dispone actualmente, sugieren que los tratamientos psicológicos pueden ser efectivos para tratar el TLP. La psicoterapia que más evidencia ha recogido y que hasta la fecha ha recibido mayor apoyo empírico es la TDC. En concreto, las revisiones de estudios informan de que este tratamiento es especialmente útil para reducir severidad del TLP, frecuencia de conductas autolesivas y disfunción psicosocial (Storebø et al., 2020). La TBM es la segunda terapia con mayor cantidad de evidencia empírica, la cual ha demostrado ser efectiva especialmente para sintomatología autolesiva y suicida (Storebø et al., 2020). Otras terapias que han demostrado ser potencialmente útiles son la TFT (Clarkin et al., 2006, 2007; Kernberg et al., 1989), el BMP (Gunderson y Links, 2014; McMMain et al., 2009, 2012), la Terapia Centrada en Esquemas (TCE; Farrell et al., 2009; Giesen-Bloo et al., 2006; Nadort et al., 2009; Young et al., 2003), la Terapia Cognitiva Analítica (TCA; Chanen et al., 2008; Kellett et al., 2013; Ryle, 1990, 1995, 1997) y el Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS; Black et al., 2004; Blum et al., 2008; Bos et al., 2011; González-González et al., 2021).

Debido a que son varias las opciones que se pueden escoger para el tratamiento del TLP, los profesionales tienen la libertad de no limitarse a escoger un solo tipo de tratamiento (p. ej. TDC o TBM) o procedimientos exclusivos de una orientación concreta (p. ej. teorías cognitivo-conductuales vs. teorías psicodinámicas; Swenson y Choi-Kain, 2015).

Este margen de elección permite la aplicación de combinaciones terapéuticas que puedan adaptarse al individuo que requiere atención sanitaria (Levy et al., 2018).

La mayoría de estos tratamientos acostumbran a consistir en intervenciones continuas de 1 a 3 años de duración. Sin embargo, hay autores que sugieren que algunos modelos de psicoterapia más breves e intermitentes pueden ser alternativas también válidas (Paris, 2007). Con una intervención psicoterapéutica adecuada, la remisión del TLP suele ser elevada para los principales dominios sintomatológicos relacionados con la preservación de la integridad física y la reducción de estados emocionales agudos. Sin embargo, otros problemas relacionados con el TLP como la sensación de vacío o miedo al abandono son más difíciles de abordar (Zanarini et al., 2007). La recuperación funcional psicosocial también suele ser una meta mucho más complicada de alcanzar para la mayoría de las personas con un diagnóstico de TLP incluso tiempo después de haber terminado el tratamiento (Alvarez-Tomás et al., 2016; Gunderson, 2011; Zanarini et al., 2012).

Aunque la remisión sintomatológica aguda habitual puede ser elevada, el porcentaje de recaídas también suele ser alto. Esto causa que la inestabilidad clínica perdure incluso en fases de recuperación (Biskin, 2015). Algunos de los predictores de la recuperación que se han denotado son la no hospitalización, un cociente intelectual elevado, buen funcionamiento vocacional previo, ausencia de comorbilidad de TPs de clúster C y rasgos altos de extraversión y amabilidad (Zanarini et al., 2014). A pesar del tratamiento, la edad es un factor importante que influye sobre la reducción sintomatológica, de modo que a mayor edad tenga la persona, menor probabilidad de padecer sintomatología aguda (Biskin, 2015).

## 1.2 Aproximación constructivista sobre el trastorno límite de la personalidad

La posición epistemológica constructivista se ha desarrollado desde áreas del conocimiento tales como la filosofía, la física, la biología o la cibernética. A partir de los años 80, la psicología aparece con mayor presencia en este listado de ciencias que se basan en este enfoque para avanzar en su producción de conocimiento (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995). El hecho de que esta orientación sea considerada en



distintas disciplinas se debe a su cualidad de metaparadigma, caracterizándose por su visión sobre el ser humano y sobre su posibilidad de conocer la realidad.

En síntesis, los principios constructivistas se basan en la idea de que no se puede llegar a alcanzar una verdad absoluta, sino que nuestro conocimiento siempre está mediado por el marco interpretativo del observador. En este sentido el constructivismo se alza como alternativa a la visión tradicional del objetivismo, la cual asume que se puede conocer la realidad independientemente del punto de vista del observador. Este nuevo paradigma se centra en el rol del sujeto como un agente activo en la adquisición de información de la realidad y, por lo tanto, transformador de esta. Cualquier significado que se extraiga a partir de la observación de la realidad surge de un proceso de construcción personal (Feixas y Villegas, 2000).

### 1.2.1 Teoría de los constructos personales

A mediados de los años 50, George Kelly, después de haber llegado a una posición constructivista a partir de su dilatada experiencia clínica, formula la Teoría de Constructos Personales (TCP; 1955/1991). Incluso en nuestros días, constituye una aproximación psicológica alternativa a las corrientes más difundidas desde esa época. Una de las características principales y más diferenciadoras de su fundamento teórico respecto a las demás se basa en la distintiva forma de interpretar la realidad que tiene cada paciente, en los constructos que forman parte de su teoría personal, en lugar de centrarse en los constructos de una teoría surgida en la academia.

De acuerdo con la TCP, a medida que vamos conociendo el mundo, extraemos y elaboramos nuestros propios significados, denominados constructos personales. Estos se generan a partir de la observación y procesamiento de diferencias a través de la propia experiencia de la realidad o de las narrativas familiares y culturales vividas. Los contrastes percibidos permiten a cada persona denotar similitudes y diferencias en su entorno, las cuales se asimilan y organizan en forma de constructos bipolares cargados de significado idiosincrático. Así pues, a medida que un individuo distingue diferencias en la realidad, por ejemplo, que la luz es distinta a la oscuridad o que el calor es distinto del frío, se generarían los constructos “luz vs. oscuridad” y “calor vs. frío”. Estos serían específicos para esta persona y formados a partir de su experiencia observando la realidad.

A medida que un individuo va adquiriendo y consolidando diferentes significados estos se van tejiendo en su sistema de construcción personal, que resulta una herramienta capaz de hacer predicciones o anticipaciones de cómo él y los demás se pueden comportar en el mundo (Kelly, 1955/1991).

Este autor emplea un postulado general y 11 corolarios para desarrollar la TCP. Su premisa fundamental afirma que “los procesos de una persona se canalizan psicológicamente por la forma en la que anticipa los acontecimientos” (Kelly, 1955/1991, p. 46). Es decir, la forma en que pensamos, sentimos y hacemos tiene que ver con los significados que construimos, a partir de los cuales interpretamos y anticipamos la realidad. Los 11 razonamientos que siguen al postulado fundamental son los siguientes (Bannister y Fransella, 1986; Feixas y Villegas, 2000; Winter, 1992):

1. **Corolario de construcción:** *la persona anticipa los acontecimientos construyendo sus réplicas.*

Construimos significados a medida que experimentamos la realidad, lo cual nos permiten predecir eventos futuros para poder adaptarnos con la máxima eficacia posible.

2. **Corolario de individualidad:** *las personas difieren entre sí respecto a su construcción de los acontecimientos.*

Cada persona observa la realidad desde su punto de vista, con marcos interpretativos contruidos de forma idiosincrática a lo largo de su historia personal y potencialmente diferentes a los de los demás.

3. **Corolario de organización:** *cada persona desarrolla característicamente, para su conveniencia en la anticipación de los acontecimientos, un sistema de construcción que implica relaciones ordinales entre constructos.*

Los significados personales están organizados e interrelacionados jerárquicamente entre ellos en el sistema de constructos. Algunos constructos

resultan más nucleares para el sistema que otros, los cuales tendrán una mayor influencia en el proceso predictivo de la realidad.

4. **Corolario de dicotomía:** *el sistema de construcción de una persona se compone de un número finito de constructos dicotómicos.*

Los constructos son estructuras bipolares de significado que reflejan los contrastes percibidos de la experiencia personal.

5. **Corolario de elección:** *la persona escoge para sí misma aquella alternativa de un constructo dicotómico mediante la que anticipa una mayor posibilidad de extensión y definición de su sistema.*

En los procesos de anticipación tenderemos a escoger los polos de los constructos que puedan garantizarnos una mayor proporción de acierto en nuestras predicciones, a la vez que darle el mayor sentido y coherencia a nuestro sistema de significados.

6. **Corolario de ámbito:** *un constructo solo es conveniente para la participación de un ámbito finito de acontecimientos.*

No todos los constructos pueden ser utilizados en todos los campos, sino que están limitados a los ámbitos en los que pueden resultar de mayor utilidad para comprender los acontecimientos.

7. **Corolario de experiencia:** *el sistema de construcción de una persona varía a medida que construye las réplicas de los acontecimientos.*

El sistema de constructos no es una teoría personal inamovible, sino que está sometida a prueba en cada ocasión en la que se interactúa con la realidad. Las nuevas experiencias ayudan a moldear y fortalecer un sistema que tenga la mayor capacidad de predicción posible.

8. **Corolario de modulación:** *la variación en el sistema de construcción de una persona está limitada por la permeabilidad de los constructos en cuyo ámbito de conveniencia se encuentran las variantes.*

Un constructo es más o menos permeable en función de su capacidad de adaptarse a nuevos ámbitos en los que antes no era aplicado. Esta característica tiene un papel importante en la capacidad de evolución y ampliación del sistema de constructos.

9. **Corolario de fragmentación:** *una persona puede emplear sucesivamente varios subsistemas de construcción inferencialmente incompatibles entre sí.*

A pesar de que el sistema busca la máxima coherencia global, pueden existir inconsistencias internas entre subsistemas que pueden ser integradas a un nivel jerárquico superior.

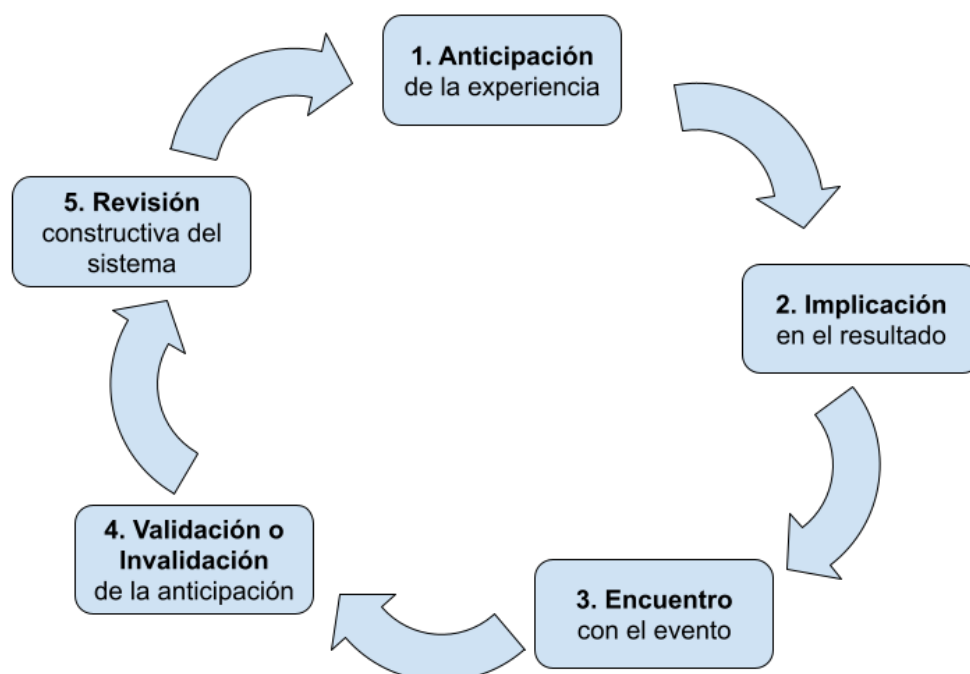
10. **Corolario de comunalidad:** *los procesos psicológicos de dos personas serán similares en la medida en que una emplee una construcción de la experiencia similar a la de la otra.*

Para anticipar la realidad de la misma forma no es importante tener las mismas experiencias, sino que se les haya dado un significado similar. Esto es plausible cuando los marcos interpretativos son análogos.

11. **Corolario de socialidad:** *una persona puede jugar un rol en un proceso social que implica a otra en la medida en que construya los procesos de construcción de aquella.*

Para que una interacción social exitosa pueda surgir debe haber cierto grado de comprensión de cómo la otra persona construye la realidad. Resulta de utilidad tener en cuenta los puntos de vista ajenos para poder asimilar los significados y las anticipaciones de los demás.

Según la TCP, las personas somos como científicos que estamos experimentando continuamente a medida que interactuamos con la realidad con el fin de poder extraer nuestras conclusiones y armar una teoría personal sobre esta. En la TCP este proceso es descrito por el Ciclo de la Experiencia (Figura 1), el cual explica cómo a través de nuestra relación empírica con la realidad ponemos a prueba las hipótesis derivadas de nuestras teorías personales. Cuando las implicaciones derivadas de nuestras anticipaciones se cumplen diríamos que se están validando nuestras hipótesis y por lo tanto nuestras teorías personales se ven reforzadas. Cuando dichas hipótesis se ven desconfirmadas o invalidadas, el sistema requiere efectuar los cambios que sean necesarios para poder adaptarlas y así tener un mayor poder predictivo en el futuro (Feixas y Villegas, 2000).



*Figura 1.* Esquema del Ciclo de la Experiencia

De acuerdo con el Ciclo de la Experiencia, la TCP considera que la base de la psicopatología recae sobre la continua utilización de un sistema de constructos cuyas hipótesis son sistemáticamente invalidadas. El uso persistente y la falta de acomodación de un conjunto de significados personales, ante el incumplimiento de las predicciones que se extraen de este, predisponen a la persona a experimentar algún tipo de malestar psicológico. Si bien otras corrientes psicológicas se centran en la eliminación de los síntomas o el análisis de la relación transferencial, la TCP dirige sus esfuerzos a observar

la implicación que tienen los significados personales del individuo sobre el problema que padece y su forma de construirlo. Siendo el terapeuta un acompañante o asesor del paciente, el objetivo que se plantea es conseguir trazar y poner en práctica alguna forma de construcción alternativa a la que actualmente está utilizando el individuo pero que siga teniendo sentido para él (Feixas y Villegas, 2000; Neimeyer y Mahoney, 1995).

Otro concepto importante relativo a la TCP es el Ciclo Circunspección-Apropiación-Control (C-A-C), el cual describe el proceso en el que las personas tomamos decisiones (Kelly, 1955/1991). La fase de circunspección es aquella en la que el individuo considera el máximo número de alternativas que puedan ser útiles para interpretar una situación concreta. En esta etapa la persona valora los diferentes puntos de vista existentes para afrontar una situación determinada. La apropiación se refiere al momento en el que la persona escoge la alternativa que tiene más sentido para ella a medida que va descartando de entre todas las halladas anteriormente. Por último, en la fase de control, el individuo pone en marcha la acción de acuerdo con el polo del constructo seleccionado en la fase de apropiación, aquel que considera que maximizará la capacidad de anticipación del sistema. Cuando algunas de las fases del Ciclo C-A-C no se ejecuta o se hace de forma disfuncional, las personas podrían experimentar problemas en el proceso de toma de decisiones (Winter et al., 2003).

Neimeyer y Feixas (1989) proponen ciertas formas a partir de las cuales puede surgir un trastorno mental. Estas pueden y suelen aparecer de forma conjunta:

- **Trastornos del proceso de construcción de hipótesis:** la psicopatología puede surgir como resultado del uso continuado de formas de predicción (hipótesis) inválidas. La ansiedad que esta desconfirmación produce puede llevar a la persona a recurrir a acciones paliativas que se manifiesten como síntomas psicológicos.
- **Trastornos de la estructura del sistema:** en ocasiones el conjunto de significados organizados en un sistema causa dificultades a la persona que lo posee. Algunas estructuras pueden ser muy rígidas o polarizadas (p. ej. valores morales estrictos, falta de flexibilidad cognitiva, etc.) y otras pueden ser más bien laxas (p. ej. ambigüedades identitarias, indecisión de metas, etc.).

- **Trastornos relacionados con el contexto social:** al ser entes sociales, existe una base de significados que se comparten con el resto de las personas. Ello responde al corolario de comunalidad y permite aumentar la capacidad para poder anticipar lo que los demás pueden, esperan o quieren hacer. La ausencia de un conjunto de significados compartidos puede llevar a la persona a padecer a causa de la mala adaptación al entorno social y del uso continuado de hipótesis que serán sistemáticamente invalidadas.

### 1.2.2 Técnica de la rejilla

La técnica de la rejilla (TR; Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004) es una de las herramientas de evaluación elaborada desde la TCP más empleadas hasta la fecha. Esto se debe a su gran utilidad para poner de manifiesto el sistema cognoscitivo de aquel a quien se le administra. En esencia, la TR permite aproximarse a la experiencia interna de la persona evaluada, facilitando la comprensión de su forma de interpretar la realidad desde su propio punto de vista (Winter y Procter, 2013). Esta herramienta utiliza información de constructos y elementos para acceder al sistema de significados de diferentes áreas de la experiencia del individuo, por lo que resulta muy versátil. El formato con el que se utiliza la TR en el presente trabajo será el interpersonal (TRI), por lo que cuando hablemos de constructos y elementos nos referiremos a estructuras bipolares de significado personal y personas significativas del entorno del evaluado, respectivamente. La administración de la TRI (Figura 2) se efectúa en formato de entrevista estructurada en 3 fases:

1. **Obtención de elementos:** se solicita a la persona que indique cuáles son las personas más significativas para ella, es decir, aquellas que habrán influenciado más en la definición de su sistema de constructos. Elementos habituales suelen ser padres, hermanos, familia extensa, familia actual, amigos, compañeros, etc. En total se seleccionan entre 10 y 20 elementos y se escriben en las columnas, de entre los cuales también se añaden el “yo actual”, el “yo ideal” y una “persona non grata” (alguien que no les guste como es).

		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
		YO AHORA	MADRE	PADRE A.	HERMANA L.	PRIMOD	AMIGO B	AMIGO J.	AMIGO RI-	PNG- VECINO	YO ANTES	YO IDEAL
1. Protectora	1. No cuida	2	1	5	6	1	2	3	3	7	3	2
2. Autoritaria	2. Comprensiva	6	6	2	2	3	3	6	5	2	2	7
3. Cariñosa	3. Déspota	1	2	6	7	2	1	2	3	7	1	1
4. Sensible	4. Insensible	2	2	3	3	2	1	2	3	7	3	1
5. Sociable	5. Antisocial	6	2	7	3	2	1	2	3	2	1	2
6. Buena persona	6. Mala persona	2	2	2	4	2	2	2	2	7	4	1
7. Con aguante	7. No aguanta nada	1	1	5	5	1	2	3	3	3	3	1
8. Trabajadora	8. Vaga	3	1	2	3	2	3	2	2	2	2	2
9. Familiar	9. Solitaria	6	2	6	4	2	1	2	2	2	2	2
10. Fuerte	10 Débil	5	1	1	2	2	1	3	1	2	2	1
11. Egoísta	11 Generosa	6	6	3	1	6	6	6	5	1	5	6
12. Hiriente	12 Noble	5	6	6	1	6	6	5	5	1	3	6
13. Inteligente	13 Simple	5	2	2	1	1	2	5	3	3	2	2
14. Madura	14 Infantil	2	1	1	7	1	7	2	2	2	6	3
15. Con paciencia	15 Impaciente	1	1	7	7	1	5	2	2	7	6	1
16. Responsable	16 Irresponsable	2	1	1	5	1	5	1	2	7	6	2
17. Activa	17 Parada	6	1	2	4	2	2	2	2	2	2	2
18. Viciosa	18 Sana	6	7	6	5	7	1	3	3	3	1	7
19. Incondicional	19 Mal amigo	2	2	5	5	2	2	5	5	7	5	2
20. Depresiva	20 Alegre	2	3	3	2	4	7	6	6	4	6	7
21. Sufridora	21 Despreocupada	2	1	3	4	2	5	5	5	2	6	5
22. Fiable	22 No fiable	3	1	1	3	2	2	3	3	7	5	2
23. Confiada	23 Desconfiada	7	2	6	5	5	2	5	5	7	3	4
24. Cotilla	24 Indiferente	7	3	7	3	1	3	1	3	1	7	7
25. Tranquila	25 Atormentada	7	6	5	6	5	3	3	3	6	2	1
26. Feliz	26 Infeliz	6	6	5	5	2	2	2	2	5	2	1

1 Muy	4 Punto Medio	5 Un poco
2 Bastante		6 Bastante
3 Un poco		7 Muy

Figura 2. Ejemplo de una rejilla interpersonal

2. **Elicitación de constructos:** una vez se han explicitado los elementos se procede a elicitar algunos de los constructos personales más nucleares del evaluado. Uno de los principales métodos para poder extraerlos es la comparación diádica, el cual consiste en preguntar por similitudes y diferencias entre pares de elementos que nos llevarán a hallar los 2 polos opuestos de un mismo constructo. Por ejemplo, si se pregunta “¿en qué se parecen tu padre y tu madre?” y la persona responde “son cariñosos”, le solicitaríamos que nos dijera “¿cuál sería lo opuesto a cariñoso?”. Si respondiera “frío”, habríamos encontrado un primer constructo personal: “cariñoso vs. frío”. Asimismo, si preguntáramos directamente ¿en qué se diferencia tu padre de tu madre?” y la persona dice “mi madre es cariñosa y mi padre “frío” también llegaríamos a la conclusión de que “cariñoso vs. frío” es uno de sus constructos personales. Para procurar que los significados elicitados sean nucleares, o por lo menos relevantes para el autoconocimiento, es importante



realizar comparaciones diádicas entre el “yo” y el resto de los elementos, así como las personas más importantes para ella entre sí. Los constructos personales se anotan en las filas de la rejilla y se solicita un mínimo de 10 para que los cálculos de distancias entre elementos se basen en un número mínimamente representativos de constructos, tal y como se especifica en los manuales de referencia (Devi Jankowicz, 2004; Fransella et al., 2004).

3. **Puntuación:** finalmente, se solicita a la persona que puntúe cada elemento en función de los constructos utilizando una escala tipo Likert de 7 puntos. De esta forma no solo se puede ver en qué polo sitúa el evaluado a cada persona, sino con qué intensidad los construye.

A pesar de que el terapeuta no determina los constructos que se emplean en esta herramienta y, por lo tanto, cada rejilla es diferente para cada persona, el análisis de la TRI mediante programas informáticos como el RECORD 6.0 (García-Gutiérrez y Feixas, 2018) permite detectar similitudes y diferencias en el sistema de constructos de varias personas. Mediante este análisis computarizado, se pueden extraer ciertos índices cognitivos, como los que denotan conflictividad cognitiva (constructos dilemáticos, dilemas implicativos e intensidad de dilemas); los que tienen que ver con la construcción del “sí mismo” y de los “otros” (discrepancia “yo-ideal”, discrepancia “yo-otros” y discrepancia “otros-ideal”); y los relacionados con la estructura cognitiva del individuo (polarización, indefinición y diferenciación cognitiva; Feixas y Cornejo, 1996).

Dado que la TRI es una herramienta idiográfica, resulta complejo encajarla en criterios de validez y fiabilidad tradicionales. Asimismo, la gran versatilidad de esta herramienta dificulta su proceso de estandarización. De hecho, esta característica contribuye a la facilidad de adaptación a diferentes contextos en función de las necesidades e intereses del que la utiliza. Bannister y Bott (1973) sugieren que es más apropiado hablar de la utilidad que esta técnica puede tener sobre el evaluado y su objetivo en lugar de la validez estudiada a través de la correlación entre sus resultados y criterios externos arbitrarios. No obstante, se han realizado trabajos para estudiar la estabilidad de los elementos y los constructos utilizados en la TRI en los que se ha hallado un porcentaje de repetición satisfactorio de 71-77% para los elementos y de 47.7%-69% para los constructos (Hardison y Neimeyer, 2012). En el análisis de la fiabilidad de los índices cognitivos

derivados de la TRI se han hallado correlaciones test-retest de .61 y .95 ( $p < .001$ ). Varios autores han estudiado y concluido que esta herramienta tiene validez de constructo y resulta coherente con la TCP (Feixas y Cornejo, 1996; Rivas y Marco, 1985; Yorke, 1985).

A continuación, se exponen los principales índices cognitivos extraídos a partir de la TRI. Las fórmulas, métodos de cálculo y los valores de referencia de población comunitaria de los índices se detallan en el método del presente estudio (ver apartado 3.3.6).

### 1.2.2.1 Conflictos cognitivos

Mediante el análisis de la TRI con el programa RECORD 6.0 se pueden obtener 3 tipos de medidas de conflictividad cognitiva:

- **Los constructos dilemáticos (CD):** se detectan cuando la persona indica que idealmente no le gustaría situarse en ninguno de los polos de un constructo. En estos casos, el individuo se encuentra indeciso a la hora de escoger cuál es su tendencia polar favorita en un constructo (Feixas et al., 2003). Es importante notar que no todo punto medio debería ser interpretado como conflictivo, ya que a veces estos pueden ser escogidos en un esfuerzo por encontrar un sano equilibrio. Solo aquellos constructos en los que la persona muestre indefinición en su “ideal” y esto pueda suponer una fuente de malestar deberían ser realmente identificados como dilemáticos (Winter et al., 2010).

Por ejemplo, en un sistema en el que se halle el constructo “reservado vs. hablador”, la persona podría desear no tender a ser ni “reservado” ni “hablador” porque encuentra mayor comodidad en un punto medio entre ambos constructos. Sin embargo, si dicha posición fuera escogida desde la confusión debido a que no sabe muy bien si le gustaría ser más “reservado” o “hablador”, entenderíamos que existe un dilema identitario cuya potencial resolución podría aportar un mayor grado de bienestar psicológico al individuo.

- **Los dilemas implicativos (DI):** surgen cuando un individuo no realiza un cambio deseado porque percibe que éste implica otro consecuente cambio indeseado

vinculado al primero. La TRI permite detectar los constructos en los que la percepción actual del sí mismo es similar a cómo le gustaría ser (constructos congruentes) y los constructos en los que el sujeto construye su “yo” en un polo contrario al de su identidad “ideal” (constructo discrepante). El análisis de la herramienta pone de manifiesto las ocasiones en las que el potencial cambio de polo de un constructo discrepante (cambio deseado) implique el cambio de polo de un constructo congruente (cambio indeseado) debido a una asociación existente entre ambos constructos. Con intención de proteger su identidad, el individuo puede no realizar dicho cambio deseado por miedo a cambiar algo que sí le agrada. Este fenómeno permite la continuidad en el “sí mismo”, pero también la insatisfacción y el malestar causados por no realizar un cambio deseado (Feixas y Saúl, 2004).

A modo de ejemplo, supongamos que el sistema cognitivo de un individuo contenga los constructos “respetuoso vs. pesado” y “sumiso vs. asertivo”. Pongamos por caso que la persona considere que es una persona “respetuosa” y le guste serlo (constructo congruente), pero “sumisa”, aunque le gustaría ser más “asertiva” (constructo discrepante). Asumamos que mediante la experiencia de vida de esta persona se haya formado una vinculación (correlación) fuerte entre estos dos constructos, de manera que crea que las personas “asertivas” habitualmente tienden a ser “pesadas” y las “sumisas” acostumbran a ser “respetuosas”. Ante este escenario, el individuo podría temer que, si realizara un cambio del polo “sumiso” al “asertivo”, correría el riesgo de producirse automáticamente un cambio polar de “respetuoso” a “pesado”. La persona puede encontrarse ante un dilema (del que habitualmente no es consciente) en el que se contraponen el malestar de no ser “asertivo” (cambio deseado) con la potencial insatisfacción de percibirse como una persona “pesada” (cambio indeseado). En la Figura 3 puede observarse de forma gráfica este ejemplo de dilema.

- **La intensidad de los dilemas (IDI):** es un índice que informa del posible grado de importancia que puede tener cada dilema para el evaluado. Se calcula teniendo en cuenta los promedios de las correlaciones existentes entre los dos constructos vinculados en un dilema implicativo.

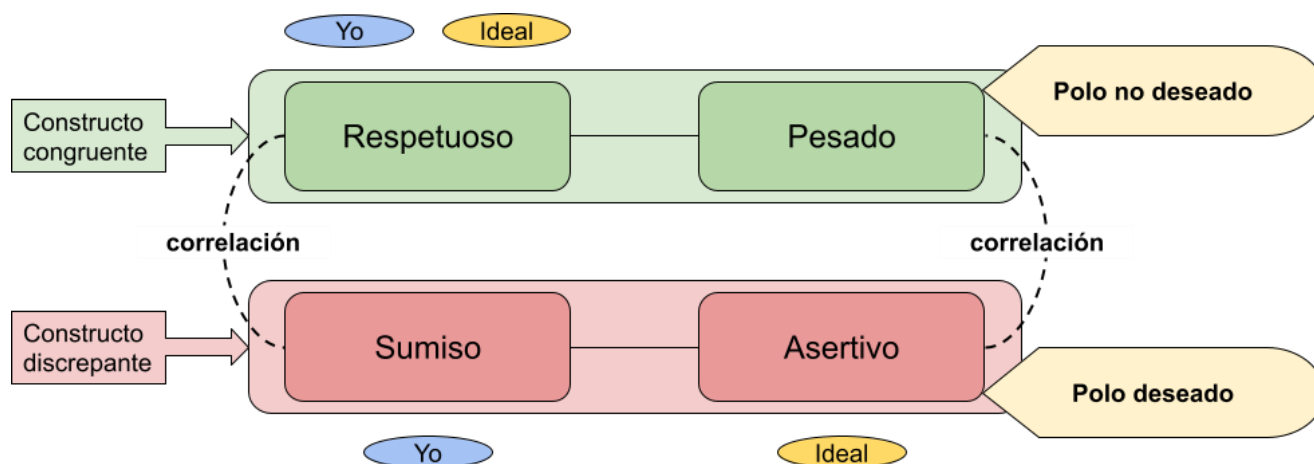


Figura 3. Ejemplo de un dilema implícito

Por lo que respecta a estos tipos de conceptualizaciones de conflictividad cognitiva de acuerdo con la TCP, parecen prometedores los estudios que se plantean analizar este fenómeno con diferentes tipos de poblaciones clínicas. De hecho, la presencia de conflictos cognitivos no se considera, una característica específica de uno o varios trastornos, sino que se trataría de un proceso transdiagnóstico (Montesano et al., 2015) nunca hasta ahora estudiado con pacientes TLP.

#### 1.2.2.2 Discrepancias entre el yo y los otros

Tras finalizar la aplicación de la rejilla obtenemos una representación de la construcción que la persona hace de las personas significativas más influyentes para ella. Entre ellos, también se incluye la construcción del “yo actual” y de su “yo ideal”. Además, si promediamos los elementos diferentes a los “yoes” obtenemos un nuevo elemento “otros”. Esto nos permite realizar 3 tipos de comparaciones: “yo-ideal”, “yo-otros” e “ideal-otros”.

- **Comparación “yo-ideal”:** la distancia entre el “yo actual” y el “yo ideal” se ha interpretado habitualmente como una medida de autoestima. Tomando como referencia y comparando la construcción identitaria en la actualidad de un individuo y la forma en la que idealmente le gustaría ser nos permite saber el grado de satisfacción que una persona tiene consigo misma. Se entiende que cuanto mayor sea la distancia entre estos elementos, menor nivel de autoestima tendrá la

persona. A diferencia de otras herramientas tradicionales en las que se utilizan constructos teóricos preestablecidos por el profesional para evaluar el estado de valoración personal de un individuo, la TRI permite un análisis tomando como referencia únicamente sus propios constructos personales y, por lo tanto, utilizando un criterio de comparación “ideal” idiosincrático. Algunos estudios (Arnold, 1988; Dada, 2008) han evidenciado que este índice correlaciona elevada y significativamente con herramientas de evaluación estandarizadas de autoestima tales como la Escala de Autoestima de Rosenberg (Martín-Albo et al., 2007; Rosenberg, 1965) o el Cuestionario de autoconcepto AF-5 (García y Musitu, 2023). Como era esperable también, se ha encontrado una elevada discrepancia “yo-ideal” en muestras con depresión (e.g., Feixas et al., 2008, 2021) y otros trastornos.

- **Comparación “yo-otros”:** utilizando el promedio de la construcción de todas las personas significativas diferentes al yo presentes en la rejilla nos permite generar un elemento artificial referente a los “otros”. Mediante el cálculo de distancias euclidianas entre este macroelemento y el “yo ahora” podemos operacionalizar el concepto aislamiento social autopercebido (Bannister y Agnew, 1977; Feixas y Cornejo, 1996) en base a una gran distancia entre elementos. Por el contrario, una distancia pequeña indica identificación con las personas de su entorno. Un índice más elevado de diferenciación “yo-otros” está asociado con diferentes problemas psicológicos (e.g., Feixas et al., 2010, 2021; Harter et al., 1988; Neimeyer, 1985).
- **Comparación “ideal-otros”:** si comparamos el elemento compilatorio “otros” con el “ideal” podemos obtener una medida de la percepción que tiene un individuo sobre cuánto se adecuan los demás al patrón de construcción deseable (Feixas y Cornejo, 1996). A medida que se obtiene un resultado más elevado se entiende que el individuo tiene una visión crítica más negativa de los demás. Algunos estudios hallan diferencias significativas entre muestras clínicas y control con respecto a la adecuación percibida de los demás presentando el primer grupo mayores distancias euclidianas en la comparación “ideal-otros” (Compañ et al., 2011; Feixas et al., 2008, 2010, 2021).

### 1.2.2.3 Polarización

El índice de polarización obtenido tras el análisis de una rejilla interpersonal permite tener una idea de si la estructura cognitiva del evaluado tiene un estilo de construcción polarizado (Bonarius, 1977; Botella y Feixas, 2008). Aquellas personas que tengan tendencia a construir la realidad y las personas de forma polarizada (“todo o nada”) acostumbran a puntuar los elementos utilizando principalmente los extremos de la escala de Likert empleada para las puntuaciones de la TR. Este índice cognitivo también puede interpretarse como rigidez cognitiva cuando se interpreta de forma global (Feixas et al., 2021).

Varias investigaciones han relacionado puntuaciones elevadas con mayores niveles de gravedad sintomatológica (Neimeyer, 1985) y tendencias de pensamiento dicotómico y extremo (Trujillo, 2016; Varlotta, 2006). Al comparar poblaciones clínicas con comunitarias se han hallado diferencias significativas entre los índices de polarización, presentando las primeras puntuaciones más elevadas (Feixas et al., 2004, 2021).

### 1.2.2.4 Indefinición

Se entiende que la estructura cognitiva de un individuo tiene una tendencia a la indefinición cuando el patrón de construcción evita el posicionamiento en ambos polos (Varlotta, 2006). En una rejilla tendríamos que observar una preferencia significativa por las puntuaciones promedio para proponer que exista una dificultad de definición de los elementos. De acuerdo con Hasenyager (1975), puntuaciones elevadas en este índice podrían indicar también falta de implicación en la tarea, bajo conocimiento sobre el elemento a puntuar o no aplicabilidad del constructo sobre el elemento en cuestión. A pesar de que estén midiendo conceptos opuestos, es importante notar que tanto este índice como el de polarización son compatibles entre sí. En este sentido, es posible encontrar sistemas de constructos que puedan tender a la polarización en algunos elementos y/o constructos y, a su vez, un patrón de indefinición en otros.

A pesar de que resulta un índice poco estudiado, una publicación (Ortiz, 2017) ha evidenciado como la indefinición suele ser más elevada en muestras clínicas en comparación con controles.

### 1.2.2.5 Diferenciación cognitiva

Dado que los constructos personales están relacionados entre sí dentro del sistema, a través del análisis matemático de la TRI es posible detectar diferentes dimensiones de significado que pueden tener un papel más o menos relevante en el sistema de constructos de la persona. Algunas de estas dimensiones de significado pueden tener un peso mucho más importante que otras a la hora de construir la realidad interpersonal. Cuanta mayor relevancia tenga una sola dimensión de significado, menor complejidad y diferenciación cognitiva tendrá su sistema de constructos (Feixas y Cornejo, 1996). Es decir, cuando una persona tienda a la unidimensionalidad semántica, tendrá mayor probabilidad de interpretar la realidad con menor influencia de otros constructos diferentes a los de la dimensión de significado principal. Sin embargo, aquellos individuos que no presenten una dimensión de significados muy destacada tendrán la oportunidad de ejercer una mayor flexibilidad cognitiva, permitiendo así que su interpretación se enriquezca del criterio de otras agrupaciones de constructos.

El porcentaje de la varianza explicado por el primer factor (PVEPF) nos permite operacionalizar la relevancia que tiene la principal dimensión de significado del individuo. En esencia, esta medida informa sobre la complejidad cognitiva del sistema. Esto es, la capacidad de construir las experiencias interpersonales como más bien similares (en base a pocos criterios de significado) o más bien diferentes (en base a muchos criterios de significado). A mayor PVEPF, mayor será la tendencia a la unidimensionalidad semántica y, por lo tanto, menor la diferenciación cognitiva. Porcentajes más bajos de PVEPF indican una mayor cantidad de dimensiones de significado susceptibles a jugar un papel activo en la interpretación de la realidad interpersonal y, consecuentemente, una mayor complejidad, diferenciación y flexibilidad cognitiva (Kovářová y Filip, 2015). Es importante notar que la unidimensionalidad no debe interpretarse exclusivamente como pobreza del sistema de constructos, ya que en ocasiones esta manifestación puede deberse a un mayor estado de integración constructiva. Del mismo modo, una elevada diferenciación cognitiva podría representar un mayor nivel de fragmentación del sistema, lo cual podría conllevar dificultades en el proceso de construcción (Feixas et al., 1992; Feixas y Cornejo, 1996).

Por el momento, se han encontrado resultados heterogéneos por lo que respecta a la diferenciación cognitiva. A pesar de que algunos estudios han encontrado que muestras clínicas tienen un PVEPF mayor que las muestras comunitarias (Feixas et al., 2004), otros no han logrado obtener los mismos resultados (Feixas et al., 2008). La hipótesis de que los cuadros psicopatológicos tienen mayor propensión a la simplicidad cognitiva requiere de más investigación.

### 1.2.3 El trastorno límite de la personalidad desde la perspectiva de los constructos personales

A partir del último cuarto del siglo XX, la TCP ha ido ganando más presencia en el ámbito de la psicología, generando una gran cantidad de estudios que valoran el papel de la construcción identitaria e interpersonal, la estructura del sistema de construcción y la conflictividad cognitiva en diferentes poblaciones (Feixas y Villegas, 2000). Algunos de los grupos clínicos con los que más se ha trabajado desde esta perspectiva son los trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria y trastornos psicóticos (Winter, 2015). El trabajo en este campo ha permitido la proliferación de aplicaciones psicoterapéuticas como la terapia centrada en dilemas (Feixas y Compañ, 2015, 2016). Sin embargo, las contribuciones de la TCP para el TLP han sido más bien escasas tanto a nivel de investigación como de tratamiento.

#### 1.2.3.1 Modelo del TLP según la TCP

Tal vez, dado que las bases epistemológicas de la TCP son diferentes a las de la mayoría de las corrientes tradicionales de psicología, la forma de producir literatura también suele tener características diferentes. Por ejemplo, existe el debate entre profesionales constructivistas sobre la conveniencia del uso de diagnósticos psiquiátricos. De hecho, George Kelly (1955) cuestiona la frecuencia de encasillamiento de las conductas y contenidos mentales en categorías preestablecidas, dando así poco lugar a la construcción personal de la situación vivida. En este sentido, no es tarea fácil tratar con entidades nosológicas como el TLP desde la TCP. Algunos autores constructivistas consideran que este término es usado de forma demasiado rígida, especialmente siendo conocedores de que la sintomatología habitual en el cuadro límite es precisamente muy variable y experimentada de forma diferente en función del individuo (Gillman-Smith y Watson,



2005). Con el objetivo de generar un modelo de la organización de la personalidad límite desde la TCP, haciendo énfasis en la importancia de la construcción personal, Winter et al. (2003) proponen una alternativa interpretativa de los criterios diagnósticos del TLP (Tabla 1).

En general, Winter et al. (2003) pretenden proporcionar observaciones y explicaciones de la sintomatología típica del TLP las cuales tienen implicaciones importantes para el tratamiento. A continuación, se detallan las características de este modelo en base al desarrollo realizado por White (2014).

#### 1.2.3.1.1 Tendencia al uso de constructos apropiativos

Como se ha comentado anteriormente, la apropiación es la segunda etapa dentro del Ciclo C-A-C (ver apartado 1.2.1). Esta representa el proceso de análisis y descarte de todas las alternativas que se habían considerado previamente (fase de circunspección) para seleccionar aquella que permite comprender una situación concreta y poder tomar una decisión con mayor probabilidad de éxito (validación). Cuando la persona tiende a escoger unos constructos determinados, sin haber empleado los esfuerzos suficientes para tener en cuenta otras posibles alternativas, se puede fomentar un estilo de pensamiento simplificador y obtener peores resultados de anticipación. Se produce el fenómeno de que el constructo se “apropia” de un elemento. Por ejemplo, “Juan es engreído y nada más que engreído” (no puede ser inteligente, abierto o responsable). Esta encajaría con la manifestación de un estilo de pensamiento “todo o nada” descrito desde la terapia cognitiva (Beck, 1979) o con el fenómeno *splitting* utilizado desde modelos psicodinámicos (Kernberg, 1975), los cuales acostumbran a influenciar las interacciones interpersonales en procesos de alternancia entre la idealización y la devaluación.

#### 1.2.3.1.2 Cambio de polo (*slott-rattling*)

Tanto las dificultades interpersonales típicas del cuadro límite como la inestabilidad afectiva también pueden explicarse mediante un cambio en el polo con el que la persona se construye a sí misma, a otra persona o una situación (Winter et al., 2003). El cambio al significado opuesto al construido previamente suele ocurrir después de verse

**Tabla 1**

*Modelo del TLP de acuerdo con la TCP (Winter et al., 2003)*

Criterios diagnósticos TLP (DSM)	Posibles características de construcción
1.- Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia a la apropiación (Ciclo C-A-C).</li> <li>- Cambio de polo (<i>slot-rattling</i>).</li> <li>- Supraordinación de los constructos relacionados con la valoración del “yo” y de los “otros”.</li> <li>- Fragmentación.</li> <li>- Baja socialidad.</li> </ul>
2.- Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acortamiento del Ciclo C-A-C.</li> </ul>
3.- Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambio de polo (<i>slot-rattling</i>).</li> <li>- Construcción laxa.</li> </ul>
4.- Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escasez de validación y dificultad de reconstrucción del sistema después de la invalidación.</li> </ul>
5.- Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio o conductas autolesivas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de verbalización de construcciones relacionadas con conducta suicida.</li> <li>- Hostilidad.</li> </ul>
6.- Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construcción del “yo” poco elaborada o fragmentada.</li> </ul>
7.- Sensación crónica de vacío.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificultad de ser agresivo y completar ciclos de experiencia.</li> </ul>
8.- Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tendencia de vinculación dependiente caracterizado por la amenaza.</li> <li>- Construcción de relaciones presentes de forma similar a relaciones pasadas.</li> </ul>
9.- Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construcción del “yo” poco elaborada o fragmentada.</li> <li>- Hostilidad.</li> </ul>

invalidada la construcción con el primer polo, hecho que puede desconcertar a los demás y al propio individuo.

Esto se podría observar cuando se cambia de opinión de forma rápida e intensa (en base a un mismo constructo) sobre las acciones o intenciones de una persona cercana, sobre lo que se cree que ha sucedido en un evento concreto o sobre los deseos personales que tiene el propio individuo. Tomemos como ejemplo un individuo cuyo sistema contenga el constructo “estás conmigo vs. estás contra mí”. Si en un momento determinado esta persona siente el deseo de hablar con un amigo con el objetivo de recibir apoyo (actuando de acuerdo con el polo “estás conmigo”) y percibe falta de interés ajeno, puede pensar que su amigo es tóxico por no prestarle atención y decidir no verlo más (cambiando al polo “estás contra mí”).

#### 1.2.3.1.3 Supraordinación de los constructos relacionados con la valoración del “yo” y de los “otros”

Tal como se indicaba en el corolario de organización, los constructos se encuentran relacionados en un sistema jerárquico, en el que algunos de ellos (subordinados) forman parte de otros (supraordinados). Los constructos más nucleares están en posiciones jerárquicas más elevadas y, por lo tanto, tienen una mayor influencia en cómo la persona interpreta los acontecimientos y en las anticipaciones que produzca el sistema. De acuerdo con Winter et al. (2003), sería esperable que aquellos significados que tengan que ver con la construcción de la propia identidad y de las demás personas tenderán a ser más bien supraordinados. El hecho de que los patrones de inestabilidad identitaria e interpersonal sean características tan persistentes en el TLP encajaría con la alta sensibilidad de estas personas a las valoraciones que ellas u otras personas puedan hacer de sí mismas, pasando fácilmente de una auto valoración extremadamente alta (idealización) a una devaluación casi absoluta.

#### 1.2.3.1.4 Baja socialidad

El corolario de socialidad hace referencia a la habilidad de una persona de interpretar el proceso de construcción de otra para poder establecer un vínculo con ella. En términos psicodinámicos, este fenómeno se traduciría en la capacidad de mentalización (Fonagy y

Target, 1996). Este enfoque sostiene que debido a experiencias traumáticas y la formación de un estilo de apego desorganizado, las personas con TLP tienen dificultad para desarrollar una función reflexiva adecuada (Bateman y Fonagy, 2010). Cuando las intenciones de otras personas son difíciles de interpretar y/o pueden parecer amenazantes, el individuo puede querer protegerse de los demás evitando establecer un rol relacional. Esta falta de experiencia de vínculo exacerbaría la dificultad para predecir el contenido mental ajeno (Leitner et al., 2000). Winter et al. (2003) sugieren que, dadas las dificultades interpersonales que acostumbran a experimentar, las personas con diagnóstico de TLP tienen más problemas para construir el punto de vista de los demás.

#### 1.2.3.1.5 Acortamiento del Ciclo C-A-C

Winter et al. (2003) entienden que la impulsividad típica del perfil límite podría ser explicada por una ejecución desadaptativa del Ciclo C-A-C. Cuando la persona salte directamente a la fase de control, sin pasar el suficiente tiempo observando las diferentes construcciones alternativas posibles (circunscripción) y descartándolas hasta seleccionar la que se considere más adecuada (apropiación), probablemente tomará una decisión y la implementará de forma impulsiva.

#### 1.2.3.1.6 Construcción laxa

Cuando el proceso de construcción de un individuo es laxo (en contraposición a rígido), el sistema tenderá a crear significados más ambiguos y menos definidos. La reducción de concreción semántica podría resultar en una mayor dificultad de interpretación de los eventos que procese y, en consecuencia, una capacidad de anticipación menos efectiva. La construcción laxa puede ser un escenario ideal en el que la persona puede poner a prueba sus anticipaciones para mejorar su sistema de constructos. Sin embargo, si el sistema de constructos no se reconstruye a pesar de la invalidación que recibe, esto puede generar un patrón en el que no se consigue mayor concreción de significado y, por lo tanto, cronificará las altas probabilidades de inseguridad predictiva (Feixas y Villegas, 2000). Walker (2002) sugiere que las construcciones laxas no solo pueden proporcionar cambios interpretativos radicalmente diferentes sino una falta de posicionamiento interpretativo. Dado que en este último escenario no se estaría realizando una anticipación fuerte o, más bien, no se estaría efectuando ninguna, el individuo afectado podría

beneficiarse de únicamente no recibir validación en lugar de recibir invalidación. De nuevo, si esta resulta una dinámica habitual en el proceso de construcción, el sistema se podría ver sometido a dificultades de anticipación que podrían propiciar la aparición de incertidumbre, a la vez que una incapacidad para reconstruir y transformar el poder predictivo del sistema.

La inestabilidad afectiva típica del TLP podría ser explicada por una tendencia a la construcción laxa que dificulta la interpretación de los eventos, y ello desencadena reacciones emocionales intensas. Un sistema que contenga constructos poco concretos propiciaría la aparición de cambios interpretativos frecuentes e inesperados (Winter et al., 2003).

#### 1.2.3.1.7 Escasez de validación y dificultad de reconstrucción del sistema después de la invalidación

Winter et al. (2003) sugieren que las personas con diagnóstico de TLP pueden manifestar dificultades de gestión de la ira a causa de la falta de reconstrucción y adaptación del sistema después de experimentar invalidación. El enfado representaría una reacción emocional intensa que surgiría como compensación para sostener la coherencia del sistema de constructos. Dado que la validación externa puede ser escasa cuando las interpretaciones derivadas del sistema de constructos no resultan del todo efectivas, la ira funciona como elemento autovalidante, lo cual dificultaría el cambio.

Similar a lo que sugiere Linehan (1993a), cuando una persona se siente emocionalmente invalidada tiende a incrementar su activación afectiva con el objetivo de sentirse escuchada y obtener un reconocimiento de su experiencia interna y la respectiva incongruencia con el evento precipitante. Habitualmente, un incremento de la actividad emocional ante un suceso lleva a una menor comprensión de dicha reacción por parte de las demás personas. Este escenario puede aumentar la cantidad de invalidación que reciben los pacientes con TLP.

#### 1.2.3.1.8 Falta de verbalización de construcciones relacionadas con conducta suicida

Desde el marco de la TCP se ha propuesto que las conductas autolesivas pueden jugar el papel de validación de la experiencia interna (Stefan y Von, 1985). Kelly (1961) distingue dos tipos de conductas suicidas: (1) aquellas que están dedicadas a expresar, validar y dar coherencia a su sistema de significados, y (2) las que tienen que ver con la desesperante certeza predictiva a la que les conduce el sufrimiento que padecen (“nunca estaré bien, más me vale acabar con esto”), a la vez que con el deseo de dejar de sufrir debido a la incertidumbre predictiva que resulta de su sistema de constructos (“no sé si nunca estaré bien, más me vale acabar con esto”). Landfield (1971, 1976) indica que los intentos de suicidio aparecen principalmente en sistemas de constructos desorganizados. El suicidio y las conductas autolesivas representan un acto de certeza dentro de un mundo de incertidumbre (Winter et al., 2000).

La dificultad de verbalización de intenciones autolíticas puede vincularse a que los constructos involucrados en este proceso fueron adquiridos en una fase preverbal, es decir, cuando el individuo aún no había adquirido la capacidad de lenguaje (Winter et al., 2003). Esta idea recibe apoyo empírico al haberse observado cómo la alexitimia (dificultad de identificar las propias emociones) está relacionada con el abuso infantil y las conductas autolíticas (Paivio y McCulloch, 2004).

#### 1.2.3.1.9 Hostilidad

En términos de la TCP, se entiende por hostilidad el mantenimiento de una construcción a pesar de su ineficacia de anticipación efectiva. Esto representaría los esfuerzos del sistema de alterar su percepción de la realidad para proteger la coherencia y consistencia del sistema de constructos (Feixas y Villegas, 2000). Ante una realidad que no encaja con las predicciones del sistema, las conductas suicidas pueden resultar al evidenciarse la falta de capacidad de reconstrucción (Lester, 1968).

#### 1.2.3.1.10 Construcción del “yo” poco elaborada o fragmentada

El corolario de fragmentación argumenta sobre la existencia de subsistemas incompatibles dentro del mismo subsistema (Feixas y Villegas, 2000). Tal como se ha

indicado anteriormente, esto puede suponer una característica que justifique los cambios de opinión y conducta en función del subsistema que juegue un papel activo en el proceso de interpretación de ese momento. Las alteraciones de la identidad tan características del TLP podrían justificarse como manifestaciones de un sistema fragmentado (Winter et al., 2003).

Nuevamente, esta característica del sistema puede estar relacionada con la invalidación masiva y con las experiencias traumáticas vividas en la infancia. Sewell (1997) evidencia que la fragmentación es común en personas con diagnóstico de TEPT. Una construcción laxa o poco elaborada del “yo” puede surgir como un mecanismo de protección ante la invalidación del sistema. En este sentido la fragmentación puede tener más facilidad de aparecer cuando hay una evolución personal que no permite generar un sentido de identidad muy definido. Esta característica de construcción puede ser central para el resto de los síntomas habituales en el TLP tales como la dificultad de identificación de las propias emociones y su consecuente regulación; la inestabilidad relacional (influenciada por la dificultad de construcción de las interpretaciones ajenas); y el miedo al abandono debido a la incertidumbre predictiva acerca de las intenciones de los demás (Winter et al., 2003).

#### 1.2.3.1.11 Dificultad de ser agresivo y completar ciclos de experiencia

De acuerdo con la conceptualización propuesta por Kelly (1955), la agresividad es una actitud que permite enriquecer el sistema de constructos al arriesgar la experimentación con nuevos constructos de los que no se conoce su éxito predictivo. El individuo que decide aventurarse a utilizar constructos en situaciones de las que no tiene experiencia previa se podría beneficiar de expandir los límites y la eficacia de su sistema. El miedo a ser agresivo puede implicar una reducción de oportunidades de completar Ciclos de la Experiencia utilizando y contrastando nuevos significados. De acuerdo con Winter et al. (2003), la sensación de vacío crónico característica del perfil límite se explicaría ante una baja tasa de experimentación agresiva (en el sentido que le da Kelly al término) que pudiera validar nuevos constructos mediante Ciclos de la Experiencia. En lugar de arriesgarse con nuevos significados, la persona con diagnóstico de TLP tendería a utilizar el mismo sistema de constructos a pesar de su invalidación sistemática.

#### 1.2.3.1.12 Tendencia de vinculación dependiente caracterizada por la amenaza

Cuando las personas con diagnóstico de TLP reciben atención y cuidados de forma inconsistente a lo largo de su vida, pueden experimentar el abandono como una amenaza que altere la construcción del “yo”. En este sentido, el abandono representaría una de las formas más explícitas de invalidación de la propia identidad (Chiari et al., 1994). El miedo al rechazo puede llevar al individuo a relacionarse de forma dependiente con los demás, intentando evitar a toda costa su invalidación identitaria. Si la persona con perfil límite tiende a vincularse con pocas personas, pero de forma muy intensa, las posibilidades de aprender de forma generalizada a interpretar las construcciones ajenas adecuadamente se ven reducidas (Kelly, 1969). Asimismo, la dificultad de construcción del contenido mental de los demás (socialidad) puede reforzar la tendencia dependiente de la persona con respecto a aquellas sobre las que tiene algo más de poder predictivo (las conoce mejor). De esta forma, el individuo con diagnóstico de TLP puede temer a la vez que ansiar la intimidad con los demás. Este escenario puede facilitar el agobio de las personas que le rodean y aumentar su actitud rechazante (Winter et al., 2003).

#### 1.2.3.1.13 Construcción de relaciones presentes de forma similar a relaciones pasadas

Al conocer a una persona nueva, nuestro sistema de constructos tiende a emplear significados relativos a la construcción de otras que ya conozcamos previamente con las que se observen ciertos atributos compartidos (tal como señala el corolario de construcción de Kelly, 1955). Winter et al. (2003) sugieren que la evitación del abandono típico del TLP puede fomentarse en el contexto de la construcción similar de relaciones pasadas con relaciones presentes.

#### 1.2.3.2 Investigación y propuestas terapéuticas desde la TCP para el TLP

Existe una gran cantidad de investigación y propuestas terapéuticas realizadas desde la TCP sobre diferentes condiciones mentales (por ejemplo, Feixas y Compañ, 2016; Montesano et al., 2015; Winter y Reed, 2015; Winter y Viney, 2005). Sin embargo, hasta la fecha, la literatura existente desde esta orientación acerca del TLP es muy escasa. Algunos estudios han utilizado alguna variación de la TR para investigar síntomas concretos en población TLP como la construcción del “yo” y de los demás (de Bonis



et al., 1995, 1998) o los estados disociativos (Golyunkina y Ryle, 1999). Otros investigadores se han centrado en escenarios cercanos al cuadro clínico como el abuso sexual (Freshwater et al., 2001; Gauthier y Saucier, 1991; Harter, 2000), el TEPT (Sermpezis y Winter, 2009; Sewell et al., 1996; Sewell, 1996) o las conductas suicidas (Parker, 1981; Ryle, 1967). Desde la TCP se han sugerido contribuciones terapéuticas para grupos sintomatológicos como las conductas autolíticas (Winter y Viney, 2005), las cuales han recibido apoyo empírico sobre su efectividad (Winter et al., 2007).

Tal como indican Winter et al. (2003), proponer un nuevo modelo para el TLP resulta de poca utilidad si no viene acompañado de implicaciones terapéuticas diferentes a las disponibles actualmente. Tal vez, una de las propuestas más interesantes que la TCP pueda aportar sobre el tratamiento del TLP es la de explorar y tener en consideración la visión del paciente sobre aquello que le ocurre (Kelly, 1955/1991). Las personas con este diagnóstico en muchas ocasiones están estereotipadas como demandantes y manipuladoras, por lo que es inteligible que tanto allegados como familiares invaliden aún más su experiencia interna, exacerbando así su manifestación clínica (Aviram et al., 2006). Asimismo, muchos de los principales programas de intervención (revisados en el apartado 1.1.5) se basan en la adquisición de habilidades de regulación emocional, mentalización, relación con otras personas o manejo psiquiátrico general. El énfasis de la conceptualización del TLP de acuerdo con la TCP se basa sobre su proceso de construcción de sí mismo y los demás. Estos aspectos tal vez podrían incrementar y complementar la eficacia los tratamientos existentes basados en evidencia.

Uno de los programas de intervención más destacados implementado hasta el momento es la terapia grupal basada en la TCP para personas con diagnóstico de TLP (Gillman-Smith y Watson, 2005; Winter et al., 2003). Su propuesta terapéutica se basa en la importancia de la validación del proceso de construcción identitario de un paciente, más que en el uso de técnicas concretas. Los terapeutas de estos grupos se proponen limitar la influencia de sus construcciones personales y teóricas para dar espacio a la elaboración y el entrenamiento en reconstrucción del sistema de los participantes (Harter, 1995). Los autores indican que este grupo es compatible con otros formatos terapéuticos como por ejemplo el grupo de habilidades de la TDC (Linehan, 1993a), por lo que se caracterizaría por ser una herramienta de fácil integración con otros modelos existentes.

En estos dos estudios (Gillman-Smith y Watson, 2005; Winter et al., 2003), de carácter principalmente cualitativo, pusieron en marcha un grupo de cinco personas cada uno que recibían tratamiento grupal de 30 (Winter et al., 2003) y 40 (Gillman-Smith y Watson, 2005) sesiones, además de terapia constructivista individual. El tipo de grupo seguía un formato transaccional interpersonal (Neimeyer, 1988) de 4 fases:

1. Se iniciaba el grupo dando espacio a la etapa de circunscripción (Ciclo C-A-C) para elaborar de forma conjunta, y en ausencia de invalidación, el máximo número de alternativas interpretativas sobre temas concretos relevantes a las vidas de los miembros del grupo. Los asuntos de los que se hablaban eran propuestos por los terapeutas, pero se intentaba que no fueran muy profundos.
2. Siguiendo con el énfasis en la circunscripción, en las sesiones de esta etapa se iban introduciendo temas más importantes y relativos a la construcción de uno mismo y de los demás para practicar la generación de alternativas interpretativas en escenarios más desafiantes.
3. En la tercera fase se trabajaba el proceso de apropiación de los constructos más efectivos en función de la situación mediante la puesta en práctica (en el contexto grupal) de las alternativas halladas. A medida que cada persona experimentaba invalidación y sus anticipaciones resultaban no ser efectivas, iban descartando las opciones menos viables hasta hallar con la que se obtenga un mejor resultado predictivo.
4. En la última etapa se permitiría practicar la fase de control, en la que las personas actuaban implementando conductualmente dentro y fuera del grupo las nuevas construcciones seleccionadas.

Del primer estudio publicado sobre la terapia grupal de TCP (Winter et al., 2003) se obtuvieron algunos resultados cuantitativos interesantes. Se comparó el grupo TCP con un grupo de habilidades de TDC paralelo por lo que respecta al clima percibido por los participantes del grupo mediante el Cuestionario de Clima Grupal (MacKenzie, 1983) y preguntando sobre los contenidos que se trataban en las sesiones. Mientras que el grupo de TDC se percibía como menos conflictivo y enfocado a la guía y el manejo

sintomatológico, el grupo TCP se tendía a experimentar como más conflictivo, evitativo de temas importantes y enfocado a la autorrevelación y aceptación por parte del grupo. Winter et al. (2003) consideran que el hecho de que exista más autorrevelación en el grupo de TCP podría propiciar el aumento de conflictividad, por lo que no creen que sean resultados negativos desde el punto de vista terapéutico. Mientras que el grupo TDC sería similar al de una clase psicoeducativa, el grupo TCP podría entenderse como un laboratorio en el que experimentar con nuevas construcciones.

Hay autores que informan que la terapia constructivista integrativa, en concreto aquella centrada en la narrativa de la historia de la persona con TLP, puede tener resultados favorables (Johansen et al., 2017). Otros modelos psicológicos y programas terapéuticos integradores influenciados por George Kelly y la técnica de la rejilla como la TCA (Ryle, 1990) incorporan elementos de la TCP, sobre todo por lo que respecta a la importancia de la construcción personal del paciente en el contexto de su problema.

Por lo que respecta al modelo del TLP propuesto por Winter et al. (2003) de acuerdo con la TCP, White (2014) analiza la adecuación de esta conceptualización en base a una muestra de 10 participantes con diagnóstico de TLP. Utilizando el Inventario de Constructos Personales (Chambers y O'Day, 1984), la escala de desesperanza de Beck (Beck y Steer, 1988) y la TRI, la autora contrasta algunas de las hipótesis derivadas del modelo mediante análisis correlacionales. A pesar de la evidente influencia del bajo poder estadístico de los análisis, por lo general se espera que algunas de las predicciones del modelo sean más acertadas a medida que la sintomatología TLP sea más elevada.

De entre los resultados más destacados, se hipotetizaba que las personas con mayor sintomatología TLP presentarían una mayor tendencia de cambio en la construcción del “yo” a lo largo del tiempo para evidenciar la propensión al cambio de polos (*slott-rattling*) como indicador de inestabilidad interpersonal y afectiva. Al contrario de lo esperado, una construcción muy similar entre el “yo actual” y el “yo pasado” se asociaba a una intensidad sintomatológica más alta. Es decir, aquellos que presentaban mayor sintomatología TLP cambiaban de polo en su construcción del “yo” a lo largo del tiempo en menor proporción. Estos resultados podrían interpretarse como evidencia de presencia de hostilidad keliana, en la medida en la que las personas con un diagnóstico de TLP tal vez prefieran no realizar cambios polares en constructos clave por miedo a la invalidación

que pueda conllevar un cambio no explorado. De todas formas, White (2014) indica que el análisis de la distancia entre las diferentes construcciones del “yo” a través del tiempo podría no ser una buena medida para operacionalizar la tendencia de cambio de polo. De hecho, se argumenta que esta podría ser interpretada más bien como una medida de recuperación si se recibe un tratamiento.

White (2014) también informa que, cuando los padres se construyen de forma similar al terapeuta o el padre se construye de forma análoga a la pareja, se suele presentar mayor nivel de sintomatología. Estos resultados encajarían con la predicción de que en el cuadro TLP las relaciones actuales se construyen de forma similar a relaciones pasadas. Asimismo, en el estudio se reporta que las personas con mayor sintomatología TLP construyen el elemento “persona con diagnóstico de TLP” de forma más rígida, polarizada y con poco margen para los grises, dando apoyo a la hipótesis de que estos individuos tendrían una mayor tendencia a la apropiación. Por último, una construcción pobre del elemento “yo ahora” correlaciona positivamente con mayor sintomatología TLP, resultado que encajaría con la interpretación de que la construcción identitaria actual está poco definida.

White (2014) concluye que, a pesar de las limitaciones del estudio, el modelo del TLP de acuerdo con la TCP puede tener sentido. Las implicaciones terapéuticas que se podrían extraer hacen hincapié en el proceso de construcción personal del paciente como mecanismo de cambio. La autora espera que más trabajos con tamaños de muestra mayores y análisis estadísticos que permitan estudiar la causalidad puedan arrojar más luz sobre la viabilidad de la conceptualización del TLP desde un punto de vista constructivista.

En la actualidad, para poder consolidar el modelo se necesita una producción científica más sustancial que permita valorar las aportaciones de la TCP sobre el TLP. Dada la riqueza de información que nos proporcionan herramientas como la TRI en combinación con programas de análisis específicos, tiene sentido explorar las características sobre el sistema de construcción de personas diagnosticadas de TLP para ratificar los hallazgos encontrados hasta el momento, contrastar hipótesis nunca exploradas y valorar la conveniencia de diseñar y aplicar nuevos caminos terapéuticos.

## 2 Justificación, objetivos e hipótesis

### 2.1 Justificación

A pesar de que en la actualidad existen modelos explicativos del TLP, así como programas íntegros de intervención psicoterapéuticos efectivos (Stoffers-Winterling et al., 2022), las personas que experimentan este trastorno podrían beneficiarse de los aportes de la TCP en cuanto a la comprensión del propio cuadro clínico, así como en las posibles implicaciones terapéuticas que de esta se pudieran derivar. Hasta el momento se han sugerido algunas características del sistema de construcción de las personas con TLP (Winter et al., 2003) y se han podido contrastar con muestras pequeñas dichas predicciones (White, 2014).

No obstante, dado que la TRI nos permite obtener un gran número de índices de la construcción del sistema cognitivo, nuestro interés se basa en poder ratificar algunas de las propuestas y los hallazgos obtenidos hasta ahora y explorar también otras características nunca estudiadas hasta el momento con una muestra de mayor tamaño que pueda garantizar una potencia estadística considerable. Las características en las que pretendemos centrarnos son: conflictividad cognitiva, percepción de autoestima, sensación de aislamiento social, adecuación percibida de los demás, tendencia a la construcción polarizada, tendencia a la construcción indefinida y diferenciación cognitiva.

Si las hipótesis que se presentan a continuación son verificadas, tendría sentido poder utilizar los principios de la TCP para aumentar la eficacia de evaluación, comprensión e intervención terapéutica sobre el TLP. Este propósito resulta de gran interés dado que muchos de los recursos que derivan de esta aproximación psicoterapéutica constructivista son compatibles con los tratamientos de elección vigentes.

### 2.2 Objetivos e hipótesis

El objetivo general de esta investigación es avanzar en el conocimiento del proceso y de la estructura de construcción de significados acerca del “sí mismo” (*self*) y de los “otros” por parte de personas diagnosticadas con TLP. En concreto, se pretende estimar si los

conflictos cognitivos, las discrepancias en la percepción del “yo” y los “otros”, la polarización, la indefinición y la diferenciación cognitiva pueden jugar un papel importante en el modelo explicativo de este trastorno. Los objetivos específicos serían:

1.- Evaluar si los conflictos cognitivos son más frecuentes y/o intensos en una muestra con diagnóstico de TLP en comparación con una muestra de población general, así como observar si existe una relación con la severidad sintomática.

2.- Examinar si las personas con TLP presentan un menor nivel de autoestima (mayor discrepancia “yo actual-yo ideal”), una mayor percepción de aislamiento social (mayor discrepancia “yo actual-otros”) y una menor percepción de adecuación de los demás (mayor discrepancia “yo ideal-otros”) en comparación con una muestra de población general.

3.- Comprobar si la tendencia al pensamiento dicotómico y la oscilación entre idealización-devaluación característicos de personas con diagnóstico de TLP se evidencia en una mayor tendencia a la construcción interpersonal polarizada en comparación con la población general.

4.- Verificar si la confusión identitaria y las dificultades de interpretación de características interpersonales descritas en personas con diagnóstico de TLP se pueden ver reflejadas en un mayor grado de indefinición en su sistema de construcción en comparación con la población general.

5.- Estudiar si las personas con diagnóstico de TLP tienen una tendencia a la unidimensionalidad constructiva observándose una mayor tendencia a la baja diferenciación cognitiva en contraste con personas de la población general.

### 2.2.1 Primera hipótesis: Conflictos cognitivos

H1.1: El porcentaje de participantes con dilemas implicativos y constructos dilemáticos es superior en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP respecto al grupo control (muestra de población general).

H1.2: La proporción de dilemas implicativos y/o constructos dilemáticos es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP respecto al grupo control.

H1.3: La intensidad de dilemas implicativos es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP en comparación con el grupo control.

H1.4: Una mayor proporción de dilemas implicativos y/o constructos dilemáticos se asocia a mayores niveles de sintomatología en los diferentes ámbitos de sintomatología clínica general y específica de TLP.

Estas cuatro subhipótesis siguen la premisa de que la presencia y cantidad de conflictos cognitivos pueden tener algún grado de influencia sobre la manifestación de sintomatología clínica en el TLP. Siendo esto un hecho contrastado en otro tipo de poblaciones (Montesano et al., 2015), entendemos que también puede serlo en este trastorno en el que la cantidad, variedad e intensidad sintomática es tan elevada. Parece plausible pensar que un alto grado de conflictos internos, reflejando tendencias mentales contrapuestas, podrían propiciar sufrimiento mental expresado en la aparición de muchos de los síntomas que experimentan las personas con TLP (p ej., alteraciones de la identidad, conductas autolesivas, ideación suicida, consumo de sustancias, atracones, etc.).

### 2.2.2 Segunda hipótesis: Discrepancias entre el yo y los otros

H2.1: El nivel de discrepancia “yo actual-yo ideal” es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP en comparación con la muestra control.

H2.2: El nivel de discrepancia “yo actual-otros” es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP en comparación con la muestra control.

H2.3: El nivel de discrepancia “yo ideal-otros” es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP en comparación con la muestra control.

Tal y como se ha comentado anteriormente, estos tres tipos de discrepancias que representan índices de autoestima, sensación de aislamiento social y la adecuación

percibida de los demás pueden verse alteradas en ciertas poblaciones clínicas (Compañ et al., 2011; Feixas et al., 2008, 2010, 2021; Harter et al., 1988; Neimeyer, 1985). Dado que parte de los síntomas principales del TLP tiene que ver con las alteraciones del “sí mismo” y dificultades relacionales, esperaríamos encontrar que los niveles de estos indicadores fueran mayores en este tipo de población.

### 2.2.3 Tercera hipótesis: Polarización

H3: El índice de polarización es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP que en la muestra control.

La característica tendencia al pensamiento dicotómico que experimentan gran parte de las personas con un diagnóstico de TLP puede ser evidenciada mediante altos niveles del índice de polarización. En este sentido, esperaremos que las personas evaluadas tengan tendencia a construir en términos absolutos (“todo o nada”).

### 2.2.4 Cuarta hipótesis: Indefinición

H4: El índice de indefinición es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP que en la muestra control.

La tendencia a la indefinición puede entenderse como una señal de falta de criterio interpretativo debido a un proceso de construcción laxo. Dado que las personas con TLP habitualmente experimentan cambios radicales en su dirección de pensamiento, podríamos inferir que estas tendrían dificultades de construir y afianzar un sistema de significados con alto poder predictivo.

### 2.2.5 Quinta hipótesis: Diferenciación cognitiva

H5: El PVEPF es mayor en el grupo de pacientes diagnosticados con TLP que en la muestra control.

Asumimos que la alta tendencia a la emocionalidad y a la rigidez cognitiva, habitual en personas que padecen TLP, pueda verse reflejada en una baja diferenciación cognitiva.



Hipotetizamos que habrá pocas dimensiones de significado que tendrán mucha importancia en la definición constructiva del “sí mismo” y de los “otros”.

## 3 Método

### 3.1 Diseño

El presente estudio adopta un método cuantitativo basado en un diseño prospectivo simple *ex post facto* de casos-contróles. Con una sola variable independiente (presencia de TLP) se constituye un grupo clínico (con diagnóstico de TLP) y un grupo control (sin diagnóstico de TLP).

### 3.2 Participantes

#### 3.2.1 Muestra clínica

Para la obtención de la muestra clínica del presente estudio se seleccionaron participantes de diferentes centros de salud mental del área metropolitana de Barcelona y alrededores que ofrecen tratamiento a nivel público y privado para personas con TLP. Los pacientes fueron reclutados en los Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA) Benito Menni de Granollers y Alt Penedès, los cuales ofrecen atención ambulatoria pública a gran parte de la población de las comarcas del Vallés Oriental y del Alt Penedès; en el *Institut Trastorn Límit* (ITLímit) de Sant Cugat, centro que proporciona atención ambulatoria privada a nivel nacional a personas con diagnóstico de TLP; y en ITA Especialistas en Salud Mental Avenir, Argentona y Tarragona, organización que ofrece servicios de hospitalización y atención ambulatoria a distintos tipos de perfiles clínicos, entre ellos pacientes con un cuadro compatible con el de TLP.

En los centros CSMA Benito Menni Granollers y Alt Penedès, los participantes estaban recibiendo asistencia psiquiátrica y psicológica individual no especializada en el tratamiento del TLP de forma ambulatoria. Algunos de los pacientes que acudían a estos centros podían formar parte de un grupo de talleres terapéuticos no específicos para el TLP. Los participantes derivados de los centros ITA Avenir y Argentona se encontraban en régimen de hospitalización total o parcial y recibían atención psiquiátrica, psicológica individual y grupal aplicando módulos de los programas de intervención especializados STEPPS y TDC, así como grupos de práctica de mindfulness. El centro ITA Tarragona proporcionaba psicoterapia y atención psiquiátrica en régimen de hospitalización parcial

o ambulatorio a los participantes del estudio, así como grupos de terapia no especializados en el tratamiento del TLP. Los candidatos del centro ITLímit recibían tratamiento ambulatorio basado en un modelo íntegro de TDC ofreciendo los servicios de atención psiquiátrica, psicológica individual, grupal TDC y asistencia telefónica en crisis.

Los criterios de inclusión de los participantes determinaron que fueran personas de entre 18 y 60 años que hubieran recibido un diagnóstico de TLP por parte de un centro de salud mental o mostraran claros indicios de acuerdo con los criterios del DSM-5. Todos los participantes debían al menos igualar tanto el punto de corte de compatibilidad diagnóstica con el TLP de 6 puntos para la DIB-R (Barrachina et al., 2004) como de 5 puntos para la escala TLP de la SCID-II (First et al., 1997). Es importante notar que tanto el DSM-IV como el DSM-5 mantienen los mismos criterios diagnósticos para el TLP, motivo por el cual la SCID-II sigue siendo una herramienta válida para realizar las pruebas diagnósticas de este trastorno.

Se excluyeron aquellos casos en los que los participantes padecían un trastorno bipolar, trastorno psicótico, enfermedades físicas incapacitantes, disfunción cerebral orgánica o retraso mental. La presencia de otras condiciones comórbidas (otros trastornos de personalidad, trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, depresión, enfermedades físicas no incapacitantes, etc.) no se contemplaron como motivo de exclusión, aunque se indicaron en la base de datos. Finalmente, no se incluyeron en el estudio quienes no tenían un nivel de competencia suficiente para comunicarse en español o catalán.

El total de derivaciones desde marzo de 2019 hasta marzo de 2022 fue de 96 candidatos. De las personas referidas y evaluadas, un total de 18 no participaron en el estudio finalmente. Los motivos de exclusión fueron no cumplir criterios diagnósticos de TLP según los criterios de la SCID-II y la DIB-R (12), no cumplir criterios según la DIB-R (3), presentar discapacidad intelectual (2) e imposibilidad de continuar con la evaluación debido a un ingreso restrictivo de largo plazo (1). La muestra clínica final estaba compuesta por 69 mujeres y 9 hombres de entre 18 y 59 años, de los cuales 31 fueron derivados de ITA Avenir, 21 de ITLímit, 9 de CSMA Alt Penedès, 7 de ITA Argenton, 5 de CSMA Granollers y 5 de ITA Tarragona.

### 3.2.2 Muestra control

Del cómputo total de participantes del grupo control ( $n = 78$ ), 43 de ellos se obtuvieron de la muestra comunitaria empleada en el estudio de Trujillo (2016) y otros 35 de la muestra de estudiantes del estudio de Ortiz (2017). Para poder crear el grupo control del presente estudio se buscaron participantes de ambos proyectos de investigación que no hubieran obtenido una puntuación centil igual o superior a 75 en el GSI (Índice de Severidad Global) del cuestionario SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised; Derogatis, 1975; Derogatis y Unger, 2010), tal como sugieren Robles et al. (2002) para determinar el criterio de significación psiquiátrica en procesos de *screening*. Los participantes fueron seleccionados a partir de las bases de datos de los estudios anteriormente mencionados en un proceso de emparejamiento individual con los participantes de la muestra clínica en el que debían tener el mismo sexo y la misma edad con una diferencia máxima de 5 años. Estos criterios se establecieron para intentar reducir el efecto potencialmente causado por las diferencias individuales, a la vez que teniendo en cuenta la escasez de muestras controles disponibles en la actualidad a las que les haya sido administradas las pruebas necesarias para contrastar las hipótesis planteadas en nuestro estudio.

Los participantes de la muestra comunitaria (Trujillo, 2016) estaba originalmente formada por 117 hombres y mujeres de entre 21 y 76 años que hubieran dado una respuesta negativa a la pregunta de si estaban recibiendo tratamiento psicológico o psiquiátrico en el momento de la evaluación. Se utilizaron tres vías de contacto con los participantes: 1) familiares y/o conocidos de estudiantes y personal de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona*; 2) personas matriculadas en el programa para mayores de 55 años de la *Universitat de l'Experiencia* vinculado a la *Universitat de Barcelona*; y 3) voluntarios del *Telèfon de l'Esperança (Fundació Ajuda i Esperança)* de Barcelona. Para cada uno de estos tres métodos de obtención de muestra se realizaron convocatorias presenciales para informar de la naturaleza del estudio y las implicaciones de participación. Tras registrar los datos de los interesados en participar, estos eran contactados telefónicamente para agendar una evaluación presencial de un máximo de dos horas que se podría realizar en las instalaciones de la facultad o en la sala de juntas de la fundación. Después de firmar los documentos de consentimiento informado y recibir instrucciones del proceso de evaluación, a los participantes se les administraba la TRI, así

como cuestionarios sociodemográficos y de sintomatología clínica general. Las evaluaciones fueron realizadas entre 2012 y 2014 por estudiantes del Máster en Terapia Cognitivo Social y de doctorado de la *Universitat de Barcelona*, los cuales fueron previamente entrenados en los procesos de administración de las herramientas.

La muestra de estudiantes anteriormente mencionada (Ortiz, 2017) se componía de 183 hombres y mujeres de entre 19 y 59 años estudiantes de grado y de posgrado de la Facultad de Psicología de la *Universitat de Barcelona* evaluados entre 2012 y 2015. Los participantes fueron reclutados mediante diferentes charlas informativas realizadas en la misma facultad. Aquellos que aceptaron involucrarse en el proyecto eran citados en un aula de la universidad para la realización de una entrevista individual de una duración aproximada de dos horas en las que un investigador les administraba la TRI, cuestionarios sociodemográficos básicos y otros instrumentos de sintomatología clínica general. Las personas encargadas de llevar a cabo las evaluaciones eran estudiantes del grado de psicología o alumnos del Máster en Terapia Cognitivo Social de la *Universitat de Barcelona*, los cuales fueron previamente entrenados en la administración de la TRI.

### 3.3 Instrumentos y medidas

A continuación, se describe en detalle cada una de las herramientas empleadas, algunas de las cuales pueden ser consultadas en los anexos de este documento junto a los documentos de consentimiento informado e información del estudio entregados a los participantes.

#### 3.3.1 Cuestionario de variables sociodemográficas

Cuestionario sociodemográfico, adaptado de otros proyectos del mismo grupo de investigación, en el que se recoge información básica acerca de la edad, el sexo, el estado civil/convivencia, número de hijos, profesión, y nivel de estudios. También se solicita información con respecto a los diagnósticos y tratamientos recibidos hasta la fecha, tipos de sustancias que consumen en la actualidad, y se pregunta por el grado de satisfacción general percibido que tienen de su vida (algunas de estas variables se consideran en un estudio más amplio).

### 3.3.2 Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Short Form B (CORE-SFB)

El *Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure* (CORE-OM; Evans et al., 2002) es un cuestionario de modo autoinforme, adaptado al español (Feixas et al., 2012), que contiene 34 ítems que pretende evaluar el malestar psicológico de una persona y el cambio terapéutico producido por la terapia. En este estudio se ha optado por utilizar la versión reducida de 18 ítems (CORE-SFB) debido al alto volumen de tareas evaluativas a las que se debía someter cada participante. El evaluado debe responder a los ítems del cuestionario utilizando una escala Likert de 5 opciones de respuesta para indicar la frecuencia con la que ha experimentado síntomas clínicos generales en la última semana. Tras su corrección se extraen 4 índices que se corresponden con estas dimensiones: bienestar subjetivo, problemas/síntomas, funcionamiento general y riesgo de comportamiento autolítico o heteroagresivo. El CORE ha obtenido buenos datos de validez y fiabilidad no solo en la versión original en inglés ( $\alpha = 0.91$ ), sino también en español ( $\alpha = 0.75-0.90$ , en función de la versión; Trujillo et al., 2016). La consistencia interna hallada a partir de los datos del presente estudio es buena ( $\alpha = 0.94$ ). Esta herramienta ha sido utilizada y validada en muchos otros idiomas y poblaciones (Elfström et al., 2012; Jokić-Begić et al., 2014; Kristjánssdóttir et al., 2015; Palmieri et al., 2009; Sales et al., 2012; Viliū nienė et al., 2013).

### 3.3.3 Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

La prueba Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995) es una prueba de 21 ítems creada para determinar el nivel de malestar psicológico valorando los niveles de depresión, ansiedad y estrés. El individuo valora de 0 a 3 con qué intensidad y frecuencia ha experimentado durante la semana anterior una lista de 21 síntomas emocionales. Las tres escalas resultantes (Ansiedad, Depresión, y Estrés), de 7 ítems cada una, correlacionan moderadamente entre sí. Las puntuaciones de cada escala oscilan entre 0 y 21. Este cuestionario se ha adaptado y validado con población española encontrando propiedades psicométricas satisfactorias ( $\alpha = 0.70-0.84$  en función de la escala; Bados et al., 2005). Los análisis de fiabilidad de este cuestionario indican que esta tiene una consistencia interna elevada ( $\alpha = 0.94$ ) para la muestra utilizada en el presente estudio.

### 3.3.4 Entrevista Clínica Estructurada para los trastornos de la personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)

La SCID-II (First et al., 1997) es una entrevista diagnóstica que incluye todos los criterios diagnósticos acordados para los trastornos del eje II del DSM-IV y permite que, en forma de preguntas, se pueda verificar su cumplimiento. La hoja de resultados que se obtiene indica qué trastornos de la personalidad son compatibles con el individuo que está siendo evaluado. La SCID-II se compone de un cuestionario autoinforme (de 20 minutos de duración aproximada), en el que se formulan todas las preguntas que incluye esta herramienta, y de una entrevista (de 1 hora de duración aproximada) basada en las mismas cuestiones. Si se prefiere, la entrevista puede realizarse después de que el evaluado haya completado el cuestionario, para así poder explorar principalmente aquellas áreas de la personalidad en las que se haya detectado el cumplimiento de criterios para algún diagnóstico. Esta es una de las herramientas más utilizadas en contextos de salud mental en nuestro país, y cuenta con una adaptación y validación para población española (First et al., 1999). Para cada trastorno de la personalidad existe un mínimo de criterios diagnósticos diferente que permiten verificar un diagnóstico en función de los establecidos en el DSM-IV.

### 3.3.5 Entrevista diagnóstica para el trastorno límite - revisada (DIB-R)

La DIB-R (Zanarini et al., 1989) es una entrevista diagnóstica útil para determinar en exclusiva la presencia del TLP en un individuo. Suele requerir una hora para ser aplicada y se obtiene información sobre cuatro áreas clínicas: afectividad, cognición, conductas impulsivas y relaciones interpersonales. Está compuesta por un conjunto de 125 ítems que se agrupan en 22 frases resumen cuyo contenido puede ser sobre sintomatología o experiencias habituales en personas con TLP. Cada una de estas 22 frases ayudan a computar la puntuación en alguna de las cuatro áreas generales anteriormente mencionadas. Los rangos de puntuación varían en función de la escala, ya que para las dos primeras se puede obtener una puntuación entre 0 y 2, mientras que para las dos restantes las puntuaciones oscilan entre el 0 y el 3. La suma de los valores de las cuatro escalas permite obtener una escala total (rango de puntuación del 0 al 10) cuya función es apreciar el nivel de gravedad del TLP. A pesar de que en la versión original se requiere una puntuación mínima de ocho en la escala total para considerarse el diagnóstico de TLP, los autores del estudio de adaptación y validación a población española informan

que una puntuación de seis es suficiente para hacerlo (Barrachina et al., 2004). Utilizando un análisis de regresión logística, observan que las curvas operativas de rendimiento muestran como este punto de corte ofrece una elevada sensibilidad (0,81) y una mayor especificidad (0,94).

### 3.3.6 Técnica de la rejilla interpersonal (TRI)

La técnica de la rejilla (Feixas y Cornejo, 1996; Fransella et al., 2004; Kelly, 1955) se construye de forma personalizada mediante una entrevista estructurada orientada a explicitar los constructos personales (dimensiones bipolares de significado subjetivas) con los que el sujeto organiza el mundo en base a los elementos (“yo actual”, “yo ideal” y personas relevantes del entorno del sujeto). A partir de preguntas comparativas entre los elementos, se extraen similitudes y diferencias que permiten formular los dos polos de cada constructo personal. Una vez obtenida la etiqueta verbal para el primer polo, se pregunta por la del polo opuesto. Finalmente, se asignan puntuaciones a los elementos en cada uno de los constructos, utilizando una escala Likert de 7 puntos.

La matriz de puntuaciones completa es analizada con el programa RECORD 6.0 (García-Gutiérrez y Feixas, 2018) y se obtienen índices cognitivos como la proporción de constructos dilemáticos, dilemas implicativos e intensidad de dilemas; las discrepancias “yo actual-yo ideal”, “yo actual-otros”, “otros-yo ideal”; y las medidas de indefinición, polarización y diferenciación cognitiva. A continuación, se detalla sobre las fórmulas y cálculos utilizados para hallar los índices. Los valores de referencia de población comunitaria y los reportes de fiabilidad test-retest provienen del estudio de validación de la TRI de Trujillo (2016) si no se indica lo contrario.

#### 3.3.6.1 Conflictos cognitivos

Tal como se ha comentado en la introducción (ver apartado 1.2.2.1), en el presente trabajo se han utilizado 3 indicadores de conflictividad cognitiva:

- **Constructos dilemáticos:** la presencia de CD implica que al menos en uno de los constructos ha sido puntuado con un 4 (punto medio) en el elemento “yo ideal”. El porcentaje de constructos dilemáticos (PCD) se calcula teniendo en cuenta el



número de CD, dividiéndolo por la total constructos de la rejilla y multiplicando el resultado por 100 (Dada, 2014). En muestras comunitarias se ha visto que el PCD promedio es del 6.86% ( $DT = 9.65$ ) y su fiabilidad test-retest de .29.

$$PCD = \frac{CD}{c} \times 100$$

Donde:

$PCD$ = porcentaje de constructos dilemáticos

$CD$ = número total de CD

$c$ = número total de constructos de la rejilla

- **Dilemas implícitos:** para verificar la presencia o ausencia de un DI debemos primero fijarnos en la existencia de constructos congruentes (“yo actual” y “yo ideal” están en el mismo polo) y discrepantes (“yo actual” y “yo ideal” están en polos opuestos). Un DI aparece cuando existe una correlación entre un constructo discrepante y uno congruente, de forma que el polo deseado del primero esté vinculado al indeseado del segundo. En cuanto al nivel de la correlación entre el constructo congruente y el constructo discrepante, se emplean dos criterios para identificar un dilema implícito en función de su finalidad ( $r = 0.20$  en el contexto clínico para evitar el error Tipo II; y  $r = 0.35$  en la investigación para evitar el error Tipo I), por lo que decidimos utilizar principalmente la medida más conservadora para este estudio ( $r = 0.35$ ). El cálculo del porcentaje de dilemas implícitos (PDI) permite controlar los efectos surgidos por discrepancias entre dimensiones de diferentes rejillas (Feixas y Saúl, 2004). Este índice se calcula dividiendo el número de dilemas presentes en la rejilla entre el número total de dilemas que podrían aparecer teniendo en cuenta todas las combinaciones correlacionales posibles, multiplicado por 100 (Dada, 2014). El PDI promedio es del 0.70% ( $DT = 1.78$ ) en población comunitaria y se reporta una fiabilidad test-retest de .38.

$$PDI = \frac{DI}{c!/2[(c-2)!]} \times 100$$

Donde:

$PDI$ = porcentaje de dilemas implícitos

$DI$ = número total de DI

$c$ = número total de constructos de la rejilla

- **Intensidad de los dilemas implicativos:** es calculada a partir de la raíz cuadrada de la suma de las correlaciones al cuadrado existentes entre el constructo congruente y discrepante involucrado en un DI y dividiéndolo por el número total de DIs detectados (Pucurull, 2015). El porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo (PICDI) se calcula multiplicando la IDI por la PDI y dividiéndolo entre 100. Hasta la actualidad, no se han publicado resultados referencia comunitaria ni de fiabilidad test-retest para la IDI o PICDI.

$$IDI = \frac{\sqrt{\sum r^2}}{d} \times 100$$

$$PICDI = \frac{IDI \times PDI}{100}$$

Donde:

$IDI$ = intensidad del dilema implicativo

$r$  = correlación de Pearson entre constructo discrepante y congruente del DI

$d$ = número total de DI

$PICDI$ = porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo

$PDI$ = porcentaje de dilemas implicativos

### 3.3.6.2 Comparaciones entre elementos

Comparar las distancias entre los elementos “yo actual”, “yo ideal” y “otros”, nos permite conocer información interesante sobre la construcción del “sí mismo” y de los “otros”. Las diferentes discrepancias entre elementos se pueden obtener mediante el cálculo de distancias euclidianas acotadas (D), las cuales parecen mostrar mejores resultados para el análisis de la construcción del sí mismo que las correlaciones (Corella, 2012). La distancia euclidiana varía en función del número de constructos, por lo que, para obtener un resultado estandarizado, se divide el resultado obtenido entre el valor de distancia máximo entre 2 elementos, es decir, 6. El rango de puntuaciones posibles oscila entre el 0 y el 1.

Cuanto más pequeña la puntuación, la distancia será menor, por lo que las construcciones de los elementos comparados tenderán a ser más parecidos.

$$D = \frac{\sqrt{\sum_{i=0}^c (E_a - E_b)^2}}{6\sqrt{c}}$$

Donde:

$D$ = distancia euclidiana acotada entre elementos

$E_a$ = primer elemento a comparar (por ejemplo, “yo actual”)

$E_b$ = segundo elemento a comparar (por ejemplo, “yo ideal”)

$c$ = número total de constructos de la rejilla

En total podemos obtener 3 índices mediante las 3 comparaciones posibles, en los que aplicaríamos la fórmula mencionada:

- **Comparación “yo-ideal”:** la discrepancia entre el “yo actual” y el “yo ideal” proporciona una estimación de la autoestima. La distancia euclidiana promedio en población comunitaria entre los elementos “yo actual” y “yo ideal” es de 0.23 ( $DT = 0.09$ ). La fiabilidad test-retest es de .57 en el estudio de Trujillo (2016), aunque otros estudios han encontrado resultados de .92 (Feixas et al., 1992) y de entre .61 y .81 (Caputi y Keynes, 2001).
- **Comparación “yo-otros”:** la distancia entre el “yo ahora” y el cómputo del elemento “otros” resulta un indicador del aislamiento social autopercibido. El promedio en la población comunitaria es de 0.21 ( $DT = 0.06$ ). Trujillo (2016) encuentra una fiabilidad test-retest de .61, aunque otros estudios obtienen resultados de entre .85 y .94 (Feixas et al., 1992) y entre .86 y .95 (Adams-Webber, 1989).
- **Comparación “ideal-otros”:** comparar los elementos “ideal” y “otros” nos permite conocer la adecuación percibida de los demás. El valor promedio encontrado en la población comunitaria es de 0.22 ( $DT = 0.06$ ) y se han obtenido únicamente datos de fiabilidad test-retest de .70.

### 3.3.6.3 Polarización

La polarización (P) hace referencia a la tendencia al pensamiento dicotómico. Se calcula sumando el número total de veces en las que el evaluado ha otorgado una puntuación extrema (1 o 7), se divide entre el número total de casillas a puntuar y el resultado final se multiplica por 100. Cuanto mayor sea la puntuación obtenida, mayor tendencia a la polarización tendrá la persona.

$$P = \frac{n^{\circ} \text{ casillas con puntuaciones extremas (1 y 7)}}{n^{\circ} \text{ total de casillas}} \times 100$$

Donde:

$P$  = índice de polarización

La referencia promedio de este índice en población comunitaria es de 28.11 ( $DT = 15.79$ ), el cual se asemeja a 28.57%, la probabilidad teórica de que aparezcan puntuaciones extremas (Feixas et al., 2010). La fiabilidad test-retest que se ha encontrado de este índice es de .81 de acuerdo con Trujillo (2016) y Feixas et al. (1992), y de .86 de acuerdo con Caputi y Keynes (2001).

### 3.3.6.4 Indefinición

El índice de indefinición (I) es una medida que señala la tendencia de una persona a no posicionarse en ningún polo en su proceso constructivo. De forma similar a la polarización, se calcula tomando en consideración el número de casillas en las que se ha puntuado un 4, se divide entre el número total de casillas a puntuar y se multiplica el resultado por 100. Cuanto más elevadas sean las puntuaciones, mayor tendencia a la indefinición tendrá el evaluado.

$$I = \frac{n^{\circ} \text{ casillas con puntuaciones medias (4)}}{n^{\circ} \text{ total de casillas}} \times 100$$

Donde:

$I$  = índice de indefinición

El promedio hallado en población comunitaria es de 7.97 ( $DT = 6.95$ ), a pesar de que la probabilidad estadística al azar de encontrar puntuaciones medias es de 14,28%. Se ha reportado una fiabilidad test-retest de .59 para este índice.

#### 3.3.6.5 Diferenciación cognitiva

Como se ha indicado anteriormente, la diferenciación cognitiva representa la capacidad que tiene una persona de interpretar una situación desde diferentes puntos de vista (ver apartado 1.2.2.5). El PVEPF es el índice que nos informa de cuán diferenciado es un sistema. Esta es una medida factorial basada en el análisis de correspondencias de la matriz de datos de la rejilla. El resultado del PVEPF indica el porcentaje de la varianza que explica el primer factor, esto es, el principal conglomerado de constructos (microsistema de significados) que ha utilizado el evaluado al construir su realidad interpersonal. A mayor porcentaje, menor complejidad y diferenciación cognitiva.

El porcentaje promedio en población comunitaria de este índice es de 42.93 ( $DT = 11.88$ ). Feixas (1992) reporta unos resultados de fiabilidad test-retest de .67, mientras que Caputi y Keynes (2001) y Trujillo (2016) obtienen correlaciones de .88 y .84, respectivamente.

#### 3.3.7 Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R)

El SCL-90-R (Derogatis, 1975; Derogatis y Unger, 2010) es un inventario autoadministrado de 90 ítems diseñado para hacer una evaluación sobre las siguientes áreas de psicopatología: somatización, obsesividad/compulsividad, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo. Todas las escalas proporcionan un rango de puntuaciones del 0 al 4 para indicar el grado de severidad. Considerando todas las escalas específicas se obtiene el GSI, computado como la suma de todas las puntuaciones dividido por los 90 ítems. En población general se han hallado promedios de 0,51 ( $DT = 0,36$ ) para esta escala y de 1,49 ( $DT = 0,84$ ) en población psiquiátrica (González de Rivera et al., 2002). De acuerdo con Robles et al. (2002), esta herramienta puede utilizarse como un método de *screening* psicopatológico indicando que aquellas personas que se sitúan en un percentil superior a 75 en la escala GSI pueden considerarse como caso con perfil psiquiátrico. Esta herramienta está adaptada en población española por De las Cuevas et al. (1991) y ofrece

una fiabilidad test-retest de entre .78 y .90. A partir de las variables recogidas en el presente estudio se ha hallado una alta consistencia interna ( $\alpha = 0.91$ ).

### 3.4 Procedimiento

Después de haber obtenido el acuerdo preliminar de colaboración con los centros participantes, mantuvimos reuniones con los equipos directivos y sometimos a los comités de ética de todos ellos una solicitud para obtener la valoración favorable y permiso para el desarrollo del proyecto. De la misma forma, al realizar la investigación desde el Departamento de Psicología Clínica y Psicobiología, el protocolo de investigación también requirió la aprobación del comité de ética de la *Universitat de Barcelona* antes de llevarse a cabo. Se registró el estudio en *ClinicalTrials.gov* (ID: NCT04498104) y se publicó un protocolo de investigación (Suárez y Feixas, 2020) sobre las hipótesis centradas en el análisis de los conflictos cognitivos.

Una vez otorgados estos permisos, nos pusimos en contacto con los referentes de cada centro colaborador para comunicarles la naturaleza del estudio, indicarles los criterios de inclusión y exclusión de los participantes e informarles sobre el procedimiento de derivación. Siendo el autor del presente trabajo el único evaluador para todos los participantes, se programaron visitas de evaluación con cada participante desde marzo de 2019 hasta marzo de 2022. De forma general, los participantes fueron visitados en 2 o 3 sesiones de entre 60 y 90 minutos cada una para poderles administrar las distintas herramientas de evaluación descritas anteriormente.

Al inicio de las sesiones de evaluación, se proporcionaba información a los evaluados acerca del tipo de estudio en el que estaban tomando parte. A continuación, se obtenía el consentimiento informado de participación y se recogía la información sociodemográfica. Asimismo, se administraban los cuestionarios DASS-21 y CORE-SFB, y se aplicaba la entrevista diagnóstica SCID-II para verificar la presencia de TLP y explorar la posible comorbilidad con otros trastornos de personalidad. Para aquellos casos en los que la SCID-II confirmaba el diagnóstico de TLP, se evaluaba a los participantes con la DIB-R para tener una segunda medida del diagnóstico y valorar la severidad sintomatológica en diferentes áreas clínicas específicas. Por último, se administraba la TRI para recopilar

información sobre el sistema de construcción personal de los participantes y así posteriormente analizar los diferentes índices cognitivos de interés.

Tal como se ha indicado anteriormente, el grupo control del presente trabajo se obtuvo a partir de dos estudios previos realizados con participantes pertenecientes a una muestra comunitaria y otra de estudiantes (Ortiz, 2017; Trujillo, 2016). Estos participantes realizaron un cuestionario sociodemográfico, del que se obtuvieron datos como la edad, el sexo y el estado civil; se les administró la TRI, a partir de la cual se pudieron obtener todos los índices cognitivos para poder compararlos con los de la muestra clínica; y completaron el SCL-90-R, herramienta a partir de la cual podemos identificar que estos participantes no encajan con los baremos esperables en población psiquiátrica.

Una vez finalizado el trabajo de campo, procedimos a la corrección de los instrumentos de evaluación e inclusión de la información obtenida en una base de datos para su posterior análisis estadístico.

### 3.5 Análisis de datos

Los datos recogidos con la TRI se analizaron con el programa RECORD 6.0, para obtener los índices derivados de la TRI que, junto con las puntuaciones y resultados de los cuestionarios administrados, fueron computados en el programa SPSS v.27 para su análisis estadístico. Por lo que respecta a los DIs, se ha utilizado el criterio de correlación conservador  $r = 0.35$  para evitar errores de Tipo I para contrastar las hipótesis. Asimismo, decidimos reportar igualmente los resultados utilizando el criterio más liberal ( $r = 0.20$ ) para observar la dirección de los resultados, tratando así de evitar los errores de Tipo II.

Debido a que en este estudio se realizaron múltiples comparaciones y correlaciones, todas las decisiones estadísticas fueron tomadas utilizando como referencia la significación aportada por la corrección de Bonferroni, tomando como referente  $\alpha = 0.05$ . Como medida conservadora, se decidió aplicar esta corrección de la significación teniendo en cuenta el número pruebas totales realizadas (47), para tener un único criterio de significación corregido ( $\alpha = 0.05/47 = 0,001$ ). Para compensar el riesgo de incurrir en errores de Tipo II, se comentan en la discusión como tendencias a considerar para futuros

estudios los resultados más relevantes en cuanto a tamaño del efecto y que no alcanzaron dicho criterio de significación.

Por lo que respecta a las técnicas estadísticas de los análisis previos, ejecutamos una prueba chi cuadrado para verificar que la proporción del sexo de ambas muestras no fuera estadísticamente significativa. Asimismo, al denotar que la variable edad no presentaba una distribución normal empleamos una  $U$  de Mann-Whitney para cerciorar que las muestras fueran equiparables por lo que respecta a esta variable sociodemográfica.

Para verificar la H1.1, relacionada con la presencia o ausencia de conflictos cognitivos, ejecutamos un análisis de frecuencias aplicando la prueba chi-cuadrado que nos permitió saber qué proporción de participantes presentaban CD o DI en función del tipo de la muestra de la que provenían (clínica vs. comunitaria).

El contraste de las diferencias entre grupos por lo que respecta a la proporción de conflictos cognitivos, así como la intensidad dilemática planteado en la H1.2 e H1.3, se llevó a cabo mediante el estadístico  $U$  de Mann-Whitney, dado que estas variables no seguían una distribución normal.

La H1.4 fue contrastada mediante correlaciones de Spearman, al tratarse de variables que no se distribuían con un patrón de normalidad. Esto permitió valorar el tipo de relación que tenían las variables que indicaban intensidad de malestar y sintomatología psicopatológica general (CORE-SFB y DASS-21) y específica del TLP (DIB-R) con las relativas a los conflictos cognitivos y otras medidas derivadas de la TRI.

Las comparaciones entre muestras por lo que respecta a las discrepancias entre elementos representadas en las H2.1, H2.2 e H2.3, fueron comprobadas estadísticamente utilizando la prueba  $t$  de Student.

Las H3 e H4, enfocadas en la comparación entre grupos de los indicadores de polarización e indefinición, respectivamente, se contrastaron mediante la  $U$  de Mann-Whitney, dado que las variables no seguían una distribución normal.



Por último, la H5, que hace referencia a la diferenciación cognitiva, pudo ser contrastada mediante la prueba  $t$  de Student.

El tamaño del efecto se calculó mediante la  $V$  de Cramer para la H1, dado que se utiliza una prueba chi cuadrado, y  $r$  de Pearson para el resto de las hipótesis. El tamaño del efecto en ambos casos se interpreta como negligible por debajo de 0,1, pequeño cuando su valor es inferior a 0,3, mediano cuando oscila entre 0,3 y 0,5 y grande cuando es superior a 0,5 (Cohen, 1992).

## 4 Resultados

### 4.1 Análisis previos

La mayoría de los participantes de la muestra total eran mujeres (88.5% en ambos grupos). La media de edad se situaba en 28.41 años ( $DT = 10.47$ ) en la muestra clínica y 29.14 años ( $DT = 9.09$ ) en la comunitaria. La prueba chi-cuadrado indica que no había diferencias significativas entre grupos por lo que respecta a la variable sexo,  $\chi^2(1, N = 156) = 0.00$ ;  $p = 1.00$ . Asimismo, al comparar la edad entre muestras tampoco se denotaron diferencias significativas,  $U = 2.574.50$ ,  $p = .096$ . En este sentido podríamos inferir que las muestras no son estadísticamente diferentes con respecto a estas variables sociodemográficas básicas. Un 56.4% de la muestra control estaban solteros, un 21.8% estaban casados o con pareja de hecho, un 1.3% estaban separados y del 20.5% restante no tenemos información sobre su estado civil. En cuanto a la muestra clínica sabemos que un 84.6% estaban legalmente solteros, un 12.8% tenían pareja de hecho o estaban casados y un 2.6% estaban separados. De la muestra clínica sabemos que un 33.3% tenían pareja (reconocida legalmente o no) y solo un 11.5% tenía hijos. Desconocemos estos últimos datos de la muestra control.

A nivel sintomatológico, el SCL-90-R revela que la muestra comunitaria obtuvo una media de 0.32 ( $DT = 0.19$ ) en la escala de GSI. En la Tabla 2 se reportan los promedios de los cuestionarios DASS-21 y CORE-SFB, administrados a la muestra clínica como medidas de sintomatología general, así como las variables relacionadas con la sintomatología específica del TLP recogidas a través de la SCID-II y la DIB-R. Dado que solo se requiere cumplir con cinco criterios diagnósticos de los nueve disponibles según el DSM-5 para considerarse caso positivo de TLP, no todos los participantes presentaban el mismo perfil sintomatológico. Un 80.8% de la muestra cumplía con el primer criterio diagnóstico (esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado); un 92.3% con el segundo (patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracteriza por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación); un 75.6% con el tercero (alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del “yo”); un 94.9% con el cuarto (impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas); un 92.3% con el quinto (comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o comportamiento de automutilación); un

**Tabla 2***Estadísticos descriptivos de la sintomatología de la muestra clínica*

	Media (DT)
<b>DASS-21</b>	
Ansiedad	20.23 (11.36)
Depresión	24.44 (13.97)
Estrés	25.62 (9.69)
<b>CORE-SFB</b>	
Bienestar subjetivo	25.5 (8.76)
Problemas/Síntomas	22.91 (8.78)
Funcionamiento	19.34 (9.87)
Riesgo	7.07 (9.83)
Total	20.54 (8.15)
Total sin Riesgo	22.23 (8.53)
<b>SCID-II</b>	
Escala TLP	7.79 (0.40)
<b>DIB-R</b>	
Afectiva	25.5 (8.76)
Cognitiva	22.91 (8.78)
Impulsiva	19.34 (9.87)
Interpersonal	7.07 (9.83)
Total	8.38 (1.15)

*Nota.* Escala TLP = Número de criterios diagnósticos de TLP cumplidos según el DSM-5.

97.4% con el sexto (inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo); un 88.5% con el séptimo (sensación crónica de vacío); un 73.1% con el octavo (enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira); y un 80.8% con el noveno (ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves).

La mayor parte de la muestra clínica no presentó ninguna comorbilidad diagnóstica activa en el momento de la evaluación. El diagnóstico comórbido al TLP más común fue el de anorexia, pero se produjo en menos del 13% de los casos, y sumando el resto de los diagnósticos de tipo alimentario alcanzaron el 16%. Los otros diagnósticos fueron inferiores al 10%. La administración de la SCID-II indicó que solo algo más de un cuarto de la muestra encajó exclusivamente con el diagnóstico de TLP. La mayoría de los participantes presentó algún otro tipo de trastorno de personalidad, de entre los cuales destacan el evitativo (28.2%), y los de tipo obsesivo-compulsivo, pasivo-agresivo, depresivo, paranoide y narcisista, que estuvieron por encima del 20%. Los que resultaron menos frecuentes fueron el esquizoide y el esquizotípico.

El 100% de los participantes de la muestra clínica estaban recibiendo tratamiento psicológico individual durante la evaluación, el 93.6% recibía tratamiento psicofarmacológico y un 84.6% asistía a algún tipo de terapia de grupo. Algunos de los participantes consumían tabaco (65.4%), alcohol (24.4%) o cannabis (11.5%) de forma habitual, aunque en ninguno de los casos se consideraba que el uso de sustancias fuera el cuadro clínico principal.

## 4.2 Contraste de hipótesis

Para contrastar la hipótesis H1.1, tal y como se muestra en la Tabla 3, se calcularon los porcentajes de participantes de cada grupo que presentaban algún tipo de conflicto cognitivo, es decir, DIs o CDs. En esta misma tabla se presenta la comparativa entre grupos del porcentaje de participantes que presentan conflictos cognitivos mediante la prueba chi-cuadrado.

**Tabla 3***Porcentaje de participantes con conflicto cognitivo y comparación entre grupos*

	Clínica ( <i>n</i> = 78)	Comunitaria ( <i>n</i> = 78)	$\chi^2$	<i>p</i>	V de Cramer
CD	88.5%	62.8%	13.91	< .001	.299
DI	43.6%	30.8%	2.74	.098	.133

*Nota.* CD = Constructos dilemáticos, DI = Dilemas implicativos

Después de aplicar el valor corregido de alpha de la corrección de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ), se observa que los CDs obtienen diferencias significativas entre grupos con un tamaño del efecto pequeño (aunque prácticamente mediano). No se halla una diferencia significativa entre grupos en cuanto a la presencia de DIs, pero se observa una tendencia a que haya más participantes con al menos un DI en el grupo de TLP, con un tamaño del efecto pequeño.

A nivel exploratorio se rehicieron los cálculos utilizando una medida menos conservadora de DIs, los cuales denotaron resultados alineados con la dirección contemplada en la H1.1. En este caso, con un punto de corte de  $r = 0.20$  como criterio para determinar la existencia de este tipo de conflicto cognitivo, un mayor porcentaje de la muestra clínica (65.4%) presentaba algún DI en comparación a la muestra control (37.2%). Esta diferencia entre grupos resultó significativa  $\chi^2 (1, N = 156) = 12.42; p < .001$ , con un tamaño del efecto pequeño ( $V$  de Cramer = .282), superando incluso el criterio de corrección de Bonferroni.

En la Tabla 4, se pueden observar los datos necesarios para comprobar las hipótesis H1.2 e H1.3, los cuales se obtuvieron mediante la prueba *U de Mann Whitney*, utilizada para comparar las medias entre grupos por lo que respecta a los porcentajes de cantidad de conflictos cognitivos, así como la intensidad de estos. Los análisis demuestran que existen diferencias significativas entre grupos, hallándose una mayor cantidad de CDs en la muestra TLP con un tamaño del efecto mediano. Tanto la PDI como la PICDI se acercan a la significación estadística, sin llegar a alcanzarla con la corrección de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ). Sin embargo, en ambos casos se observa un tamaño del efecto pequeño.

**Tabla 4**

*Comparación entre grupos de proporciones de conflictos cognitivos e intensidad de dilemas implicativos, polarización e indefinición*

	Clínica ( <i>n</i> = 78)	Comunitaria ( <i>n</i> = 78)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i> de Pearson
	Media (DT)	Media (DT)			
PCD	17.17 (13.91)	8.44 (9.30)	1766.50	< .001	.497
PDI	1.07 (1.49)	0.68 (1.59)	2573.00	.056	.208
PICDI	0.52 (0.74)	0.17 (0.32)	2430.00	.013	.272
Polarización	36.36 (16.56)	26.72 (13.64)	1921.00	< .001	.434
Indefinición	13.59 (4.82)	7.56 (6.49)	1337.50	< .001	.659

*Nota.* PCD = Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI = Porcentaje de dilemas implicativos, PICDI = Porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo.

A modo exploratorio, si tratamos de utilizar criterios más liberales de dilemas (punto de corte  $r = 0.20$ ) encontramos que la muestra clínica obtiene un PDI promedio de 2.41% ( $DT = 3.07$ ), mientras que la comunitaria solo un 1.35% ( $DT = 2.81$ ). Por lo que respecta al PICDI, el promedio de la muestra clínica sería de 0.88% ( $DT = 1.17$ ) y el de la comunitaria 0.20% ( $DT = 0.35$ ). De acuerdo con estos criterios y datos, existen diferencias significativas, incluso superando los criterios de corrección de Bonferroni, tanto para la variable PDI,  $U = 2183.5$ ;  $p = .001$ , como la PICDI,  $U = 1925.5$ ;  $p < .001$ . Para estos dos últimos resultados hallaríamos un tamaño del efecto medio ( $r = 0.353$ ;  $r = 0.458$ , respectivamente).

La H1.4 requiere de la realización de correlaciones de Spearman para contrastar el vínculo que pueda existir entre la gravedad sintomatológica general y específica de TLP con los índices de conflictos cognitivos. Para ello, se realizaron dos análisis de correlación utilizando las diferentes pruebas que valoraban intensidad sintomática de estos respectivos dominios. Para el primer cálculo (Tabla 5) utilizamos las variables extraídas de los cuestionarios de sintomatología clínica administrados a los participantes (CORE-SFB y DASS-21).

**Tabla 5***Correlaciones entre índices de conflicto cognitivo y sintomatología general*

	PCD		PDI		PICDI	
	r	p	r	p	r	p
<b>DASS-21</b>						
Ansiedad	-.189	.097	.193	.090	.214	.060
Depresión	-.060	.601	.270*	.017	.274*	.015
Estrés	-.160	.161	.292**	.009	.304**	.007
<b>CORE-SFB</b>						
Bienestar Subjetivo	-.030	.797	.266*	.019	.280*	.013
Problemas/ Síntomas	-.160	.161	.159	.165	.162	.157
Funcionamiento	-.058	.613	.239*	.035	.234*	.039
Riesgo	-.102	.376	.056	.628	.086	.452

*Nota.* PCD = Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI = Porcentaje de dilemas implicativos, PICDI = Porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo.

\* La correlación es significativa en el nivel 0.05 (bilateral).

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0.01 (bilateral).

La correlación de Spearman indica que la variable PCD no está relacionada con la severidad sintomatológica general. A pesar de que con un criterio de significación del 0.05 encontramos que las variables PDI y PICDI correlacionan positivamente con las escalas de Bienestar y Funcionamiento del CORE-SFB con un tamaño del efecto pequeño, estos datos no superan el criterio establecido por la corrección de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ). Del mismo modo, la prueba indica que estos dos índices de conflictividad cognitiva correlacionan en la misma dirección que con las escalas de Depresión y Estrés del DASS-21, con un tamaño del efecto pequeño y mediano respectivamente, aunque no superando el criterio de significación corregido. No se encuentra ninguna correlación para

las escalas del CORE-SFB Problemas, Riesgo y solo se muestra una tendencia en la escala Ansiedad del DASS-21 (tamaño del efecto pequeño).

También para las correlaciones de sintomatología específica del TLP con los índices de conflicto cognitivo utilizamos correlaciones de Spearman, tal como podemos observar en la Tabla 6 con las áreas de diferente tipo de sintomatología de la DIB-R.

**Tabla 6**

*Correlaciones entre índices de conflicto cognitivo y sintomatología específica TLP*

	PCD		PDI		PICDI	
	r	p	r	p	r	p
DIB-R						
Afectiva	-.019	.872	-.097	.400	-.122	.286
Cognitiva	-.075	.515	.036	.754	.039	.735
Impulsiva	-.076	.508	-.088	.446	-.068	.555
Interpersonal	-.075	.513	-.013	.907	-.022	.846
Total	-.097	.396	-.049	.672	-.050	.665

*Nota.* PCD = Porcentaje de constructos dilemáticos, PDI = Porcentaje de dilemas implicativos, PICDI = Porcentaje de intensidad de los constructos de dilema implicativo.

No se halló ninguna correlación significativa entre severidad sintomatológica específica de TLP y los índices de conflictividad cognitiva.

Realizamos una prueba *t* de Student para poder comprobar las H2.1, H2.2 e H2.3, con el objetivo de verificar si existen diferencias entre grupos por lo que respecta a las distintas variables de discrepancias entre elementos (discrepancia “yo-yo ideal”, discrepancia “yo-otros”, discrepancia “yo ideal-otros”) de la TRI. Los resultados del estadístico se pueden observar en la Tabla 7.



**Tabla 7**

*Comparación entre grupos de discrepancias entre elementos y PVEPF*

	Clínica (n = 78)	Comunitaria (n = 78)	t (154)	p	r de Pearson
	Media (DT)	Media (DT)			
D. Y-I	0.43 (0.13)	0.24 (0.09)	11.15	< .001	.668
D. Y-O	0.33 (0.09)	0.22 (0.06)	9.34	< .001	.601
D. I-O	0.33 (0.08)	0.21 (0.06)	9.93	< .001	.624
PVEPF	47.68 (10.92)	43.86 (10.10)	2.27	.025	.180

*Nota.* D. Y-I = Discrepancia entre el “yo” y el “ideal”, D. Y-O = Discrepancia entre el “yo” y los “otros”, D. I-O = Discrepancia entre el “ideal” y los “otros”, PVEPF = Porcentaje de Varianza Explicado por el Primer Factor.

Los participantes del grupo clínico presentaron una media significativamente superior a la del grupo control por lo que respecta a la discrepancia “yo-ideal” con un tamaño del efecto grande de esta diferencia. Asimismo, en la comparación “yo-otros” encontramos también una diferencia significativa entre muestras en la misma dirección con un tamaño del efecto grande. Por último, la muestra de participantes diagnosticados de TLP obtuvieron una media significativamente mayor a la del grupo control en la discrepancia “ideal-otros”. Para este último análisis se vuelve a hallar un tamaño del efecto grande. Todos estos resultados superan el criterio de corrección de la significación de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ).

Volviendo a la Tabla 4, en la que se reportan los resultados de la prueba *U de Mann Whitney* para poder verificar la H3, observamos que la diferencia entre grupos por lo que respecta a la variable polarización es significativa, sobrepasando la corrección de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ), y con un tamaño del efecto mediano. Tal como se esperaba según el planteamiento de la H3, la muestra clínica obtuvo una media superior a la del grupo control. La variable indefinición, contemplada en la H4, requería también de una prueba *U de Mann Whitney* para contrastar diferencias entre grupos. Observamos que la media de la muestra clínica fue significativamente superior a la de la muestra comunitaria aplicando de nuevo la corrección del criterio de significación de Bonferroni ( $\alpha = 0.001$ ),

esta vez hallándose un tamaño del efecto grande, tal como se puede observar en la Tabla 4.

Para contrastar la H5 utilizamos la prueba  $t$  de Student, reportada en la Tabla 7, para contrastar si existen diferencias significativas entre grupos con relación a la variable PVEPF. El estadístico muestra que la media del grupo clínico es superior. Sin embargo, al someterse al criterio de Bonferroni, ( $\alpha = 0.001$ ) no podríamos considerar la significación de estas diferencias. El tamaño del efecto encontrado para este análisis es pequeño.

## 5 Discusión

El principal objetivo de este proyecto se centra en el análisis de la estructura y el procesamiento constructivo de las personas con un diagnóstico TLP. Con el tamaño de muestra más elevado hasta la fecha para este tipo de estudio, pretendemos comprobar si nuestras predicciones derivadas de la TCP encajan con las encontradas en personas con un diagnóstico establecido de TLP con respecto a la conflictividad interna de su sistema cognitivo, las diferencias entre la construcción del “yo actual”, el “yo ideal” y los “otros”, la polarización, la indefinición y la diferenciación cognitiva.

Por lo que respecta a la primera hipótesis, planteábamos que la conflictividad cognitiva es un elemento que potencialmente juega un papel importante en la manifestación del TLP. Así pues, mediante diferentes análisis esperábamos poder encontrar una predominancia de constructos dilemáticos y dilemas implicativos en cuanto a su mayor presencia, su número y su intensidad en la muestra clínica. De acuerdo con nuestras predicciones, los resultados revelan como algunos de los tipos de conflictividad cognitiva están más presentes y en mayor cantidad en la muestra clínica en comparación con la control.

El porcentaje de personas con diagnóstico de TLP que presentaron CDs (88.5%) fue significativamente más elevado que el porcentaje de las personas sanas (62.8%). El porcentaje de pacientes con al menos un CD de una muestra clínica general (Feixas et al., 2009) y de una muestra de profesionales de la salud con problemas de abuso de sustancias (Eiroa-Orosa et al., 2021) fueron apreciablemente inferiores (73.20% en ambos casos) a nuestra muestra con TLP, pero todos estos porcentajes son inferiores a los encontrados en una muestra de pacientes con obesidad y trastorno por atracón (95.8%; Escandón, 2015). Ello nos sugiere que la presencia de CDs sea un tipo de conflicto prevalente tanto en estos últimos pacientes como en los diagnosticados por TLP.

Por lo que respecta a los DIs, a pesar de que se detectaron en más participantes de la muestra clínica (43.6%) en comparación con los de la comunitaria (30.8%), esta diferencia no fue estadísticamente significativa. Sin embargo, utilizando un criterio más liberal (con mayor riesgo de error Tipo II) para operacionalizar los DIs (que la correlación entre los constructos implicados en el dilema sea superior a  $r = 0.20$ , en lugar de a  $r =$

0.35), se observó que un 65.4% de la muestra clínica manifestó al menos un DI en comparación a un 37.2% de la comunitaria. A pesar de ser un criterio más laxo, esta diferencia de proporciones sería significativa, resultado que también iría en la misma dirección que nuestra hipótesis.

Comparando las medias entre grupos en base al número de conflictos cognitivos, de nuevo se evidencian claras diferencias significativas por lo que respecta a los CDs, siendo su porcentaje más elevado en el grupo clínico (17.17%) en comparación con el grupo control (8.44%). Tanto para la proporción de DIs como su intensidad no se demuestra que existan diferencias entre grupos a pesar de que los resultados se acercan a la significación estadística. Una vez más, utilizando criterios más liberales para estas últimas dos variables se alcanzarían los criterios de significación, alineándose estos resultados con las predicciones postuladas.

La TRI recoge una cantidad representativa pero limitada de constructos, por lo que existe también un número concreto de potenciales conflictos que es tenido en cuenta con los índices de porcentajes empleados. Por cada CD que aparece, se reducen las posibilidades de encontrar DIs, ya que para que surjan estos últimos es necesario la existencia de una pareja de constructos no dilemáticos, es decir, un constructo congruente y uno discrepante. Debido a que las personas con diagnóstico de TLP de nuestra muestra tienen muchos CDs, los DIs tienen menor probabilidad de ser detectados, siendo estos más evidentes solo al utilizar criterios más laxos. Ello podría explicar el motivo por el cual la prevalencia de DIs en esta muestra es parecida a la encontrada con una muestra clínica general (52.10% en el estudio de Feixas et al., 2009) pero inferior al de otras muestras clínicas (véase Montesano et al., 2015).

No se encuentra ninguna relación entre las medidas de conflictividad cognitiva con la severidad sintomatológica general ni específica del TLP. No obstante, si no utilizáramos un criterio de significación tan estricto, podríamos encontrar que tanto la proporción de dilemas como su intensidad correlacionan positivamente con un cuadro más grave en cuanto al bienestar subjetivo y al funcionamiento social. Asimismo, estas dos medidas de conflictividad cognitiva estarían asociadas a un mayor nivel de depresión y estrés bajo los mismos criterios de significación. De todas formas, estos resultados no apoyan los efectos previstos en nuestras hipótesis, ya que los índices de conflictos cognitivos

analizados muestran una relación muy débil con algunos indicadores de malestar psicológico general, y nulos con los específicos del TLP. Consideramos que los resultados obtenidos han podido ser parcialmente influenciados tanto por los criterios de interpretación estadística conservadores como por el tipo de instrumentos utilizadas para medir la severidad sintomatológica del TLP. La SCID-II y la DIB-R son buenas herramientas para verificar si una persona encaja con un perfil límite de la personalidad, pero ofrecen poco margen escalar en cuanto a la distribución de sus resultados, ya que sus rangos de puntuaciones son muy limitados. Así pues, estos instrumentos podrían no ser tan útiles para facilitar una adecuada diferenciación entre individuos por lo que respecta a la severidad sintomatológica. También pudiera ser que los conflictos internos detectados con las medidas de este estudio correlacionaran con algunas dificultades específicas pero que podrían quedar diluidas en el conjunto de la variada sintomatología clínica de las personas con TLP.

Son muchos los estudios que han encontrado una mayor presencia y relevancia de los conflictos cognitivos en diferentes poblaciones clínicas en comparación con muestras control (p. ej., Montesano et al., 2015). De acuerdo con nuestros hallazgos, esta relación también existe con el TLP en comparación al grupo control. El tipo de conflictos que se analiza en la TRI tienen que ver con la construcción identitaria del “yo”, por lo que sería de esperar que existieran conflictividad en una población cuyo cuadro clínico habitual incluye las alteraciones de la identidad.

Winter et al. (2003) interpretan este síntoma desde la TCP como una construcción del “yo” poco elaborada o fragmentada. Nuestros resultados podrían sugerir que las personas con TLP tienen una visión altamente cambiante e insatisfactoria de su identidad debido a las dudas sobre la dirección a la que desean dirigir sus esfuerzos de cambio o los inconvenientes que encuentran para realizarlos. Dado que los CDs podrían evidenciar incertidumbre sobre cómo una persona le gustaría ser, esto podría resultar en dificultades para mantener un sentido de identidad consistente y para realizar cambios identitarios que resultasen adaptativos. En efecto, el miedo a recibir invalidación en el sistema de constructos jugaría un papel importante al obstaculizar el proceso reflexivo de toma de decisiones o incentivar una elección impulsiva. Esto podría fomentar una pobre elaboración del “yo” y la fragmentación dentro del sistema por lo que respecta a la propia identidad.

Los CDs también podrían ser señal de un sistema de tendencia constructiva laxa (Winter et al., 2003). En definitiva, lo que nos indica un CD es que las dos alternativas o cursos de acción que representan las dos etiquetas de un constructo personal son percibidas como poco deseables por la persona. Por ejemplo, una persona que tenga en su sistema el constructo “agresivo vs. sumiso” puede tener dudas sobre cuál de los dos polos le resultaría más útil, por lo que podría presentar dificultades cuando ese constructo fuera relevante para gestionar una situación. En este caso, la persona podría experimentar dificultades de decisión sobre el curso de acción que tomar al no tener un objetivo definido por alguno de los polos del constructo. Así pues, sus esfuerzos se dirigirían a evitar que sus acciones se alinearan tanto con un polo como con su opuesto, quizás buscando un punto medio cuya efectividad no fuera óptima (Feixas y Saúl, 2004). Como consecuencia, la persona puede verse forzada a optar por opciones menos definidas con el objetivo de evitar el malestar que anticiparía si escogiera alguna de las alternativas polares. La alta presencia de CDs en esta muestra podría contribuir a explicar tanto la inestabilidad como las dificultades de autorregulación, tan constatadas para los pacientes con diagnóstico de TLP.

Un escenario caracterizado por una alta conflictividad cognitiva no resuelta y duradera también sería compatible con el surgimiento de la sensación de vacío habitual del cuadro límite (Winter et al., 2003). Cuando un individuo no realiza cambios debido a la inseguridad que experimenta con relación a la orientación en la que deben ir o a la percepción de consecuencias indeseadas, puede ser menos propenso a ser resolutivo, a completar ciclos de la experiencia y fortalecer su sistema de constructos. Cuanto menos enriquecido sea el sistema, menos capacidad de coherencia tendrá y mayor tendencia a la falta de sentido crónico poseerá.

Tanto el proceso de validación como de invalidación constructiva que forman parte del Ciclo de la Experiencia son igualmente importantes para mejorar la capacidad predictiva del sistema (Feixas y Villegas, 2000). La baja tolerancia a la frustración y el temor a recibir invalidación emocional, habitualmente experimentados en el cuadro clínico del TLP (Crowell et al., 2009), justificarían una alta conflictividad cognitiva que impediría un intento de posicionamiento polar efectivo. En este sentido, se podría asumir una tendencia a la hostilidad constructiva, esto es, la falta de corrección y reestructuración de

un sistema de constructos a pesar de su aparente falta de utilidad anticipatoria (Feixas y Villegas, 2000).

Asimismo, una emocionalidad inestable con tendencia a la impulsividad también podría explicar por qué las personas con diagnóstico de TLP pueden experimentar cambios identitarios bruscos, pero no duraderos. Desde la TCP estos efectos podrían entenderse también como una propensión al cambio de polo (muy facilitada por el alto grado de indefinición encontrado en nuestro estudio), un acortamiento del Ciclo C-A-C y la tendencia a la fase de apropiación de este mismo proceso (Winter et al., 2003). Las expectativas que las personas con TLP pueden tener después de realizar dichos cambios pueden no encajar con sus observaciones posteriores de la realidad (Linehan, 1993a). Tendría sentido asumir que los intentos de cambios “agresivos” (en términos kellianos) tienen más probabilidades de recibir invalidación si del conjunto de sistema de constructos se derivan anticipaciones que tienden a no ser efectivas. Las dificultades de regulación emocional o apariciones de crisis pueden ser impredecibles para algunas personas con TLP (Linehan, 1993a), por lo que sus anticipaciones se pueden ver rápidamente invalidadas después de que a partir de estas se haya implementado un cambio no efectivo. Esto apuntaría a que, a pesar de ejecutarse los intentos de cambio, en el fondo siga existiendo una incertidumbre sobre qué elección polar sería la más conveniente. En este sentido, el conflicto sería el punto de “estabilidad” al que se volvería después de observar un fracaso predictivo adicional.

Dado que situar el “yo ideal” en un punto medio podría interpretarse como una posición cómoda no polarizada o una indecisión conflictiva (Winter et al., 2010), es de vital importancia ser cauto a la hora de interpretar los resultados en cuanto a los CDs. De hecho, algunas terapias como la TDC incluyen principios y habilidades clínicas basadas en la integración de alternativas opuestas o “tomar el camino del medio” (Linehan, 1993a). Esto podría hacernos pensar que, para algunos constructos, el punto del medio podría ser una meta terapéutica en lugar de una fuente de conflicto cognitivo. Aquí reside la importancia de discernir el potencial CD en cada caso.

Por lo que respecta a los DIs y su intensidad, podrían justificar en gran medida por qué las personas con diagnóstico de TLP no realizan fácilmente cambios altamente deseados. La existencia de DIs también podría ayudarnos a entender la alta resistencia al cambio

tan característica de este tipo de casos (Linehan, 1993a). A pesar de no haberse hallado resultados significativos que verificaran la relación entre el nivel de sintomatología y la cantidad de DIs, las tendencias halladas en esta dirección podrían suscitar que aquellos que tengan este tipo de obstáculos para realizar cambios deseados experimentarían un mayor grado de malestar en comparación con la población sana. No obstante, no podríamos asegurar que manifestar DIs tendría un coste sintomatológico general mayor en personas con diagnóstico de TLP.

La segunda hipótesis pretendía estudiar las diferencias entre grupos por lo que respecta a las comparaciones entre los elementos “yo actual”, “yo ideal” y “otros”. Winter et al. (2003) proponen que las personas que encajan con el cuadro límite son propensas a la supraordinación de los constructos relacionados con la valoración del “yo” y de los “otros”. Si los constructos relacionados con la identidad son tan nucleares en personas con TLP, esperaríamos que las posibles discrepancias entre elementos tuvieran un mayor impacto en su sistema y proceso de construcción. De acuerdo con nuestras predicciones, en los tres tipos de comparaciones, la muestra de pacientes con TLP obtuvo distancias entre elementos significativamente mayores que los controles.

Los resultados indican que las personas diagnosticadas de TLP presentaron una mayor distancia entre la construcción de su “yo actual” y su “yo ideal”. Tomando este indicador como una medida de autoestima (Arnold, 1988; Dada, 2008; Feixas y Cornejo, 1996), podríamos inferir que las personas con TLP tienen un menor grado de satisfacción con la manera en la que se ven a sí mismos. Estos datos encajan con los hallados anteriormente por varios autores (para una revisión, ver Winter et al., 2017). Este efecto podría atribuirse a las alteraciones de la identidad presentes en gran parte de las personas que presentan el diagnóstico.

Las distancias entre el “yo ahora” y los “otros” también fueron significativamente más grandes en personas con TLP en comparación con el grupo control. Esto implica que las personas con este diagnóstico se perciben como más diferentes a los demás, hecho que resulta contrastado por primera vez de acuerdo con nuestro conocimiento de los estudios empíricos realizados en la actualidad. Esta disimilitud podría encajar con el patrón de relaciones inestables y el miedo al abandono, especialmente si ello va unido a una baja autoestima, considerados síntomas habituales en este cuadro clínico. En efecto, teniendo



en cuenta que las personas con diagnóstico de TLP se perciben muy diferentes con respecto a los demás, podríamos entender la dificultad de comprensión mutua ante un aparente sistema de construcción tan distinto. De este escenario derivarían potenciales dificultades de vínculo con los demás y miedo al abandono de personas importantes, a la vez que un alto grado de invalidación, o ausencia de validación, que recibirían por parte de otros. La falta de validación ajena podría dificultar el proceso de reconstrucción del sistema y, por lo tanto, su adaptabilidad, a la vez de reforzar este sentimiento de “ser raro”. Este contexto relacional también podría explicar la tendencia a la ira como reacción natural a la invalidación y como instrumento para buscar la coherencia y justificación propias y querer “forzar” la comprensión ajena (Winter et al., 2003). Estas grandes diferencias también podrían encajar con los estados paranoicos transitorios que aparecen cuando estos individuos padecen mucha tensión emocional. La desconfianza en los demás y las preocupaciones por la propia seguridad pueden justificarse si la percepción de las demás personas es muy diferente a la propia.

Algunos autores sugieren que esta discrepancia implicaría también una sensación de aislamiento social autopercebido (Feixas y Cornejo, 1996). De acuerdo con la propuesta de Winter et al. (2003), el cuadro límite se caracterizaría por una baja socialidad (en el sentido kelliano) que implicaría una mayor dificultad de comprensión de los sistemas y procesos constructivos de los demás. De acuerdo con lo que se ha encontrado desde otras perspectivas, las capacidades metacognitivas de las personas con TLP tienden a estar alteradas (Bateman y Fonagy, 2010), por lo que nuestros hallazgos encajan con la literatura existente hasta la fecha.

Por último, la discrepancia entre los “otros” y el “yo ideal” es muy elevada en la muestra clínica, por lo que podríamos inferir que es habitual en el TLP percibir a las demás personas como poco adecuadas con respecto a sus estándares. En numerosas ocasiones se ha descrito la tendencia de este tipo de pacientes a fluctuar entre la idealización y devaluación de las demás personas (Gunderson et al., 2018). Tiene sentido pensar que al ser personas que arrastran muchos problemas interpersonales, traumas y situaciones conflictivas (Lazarus et al., 2014) puedan tener una tendencia basal a mantener actitudes críticas con los demás (Roepke et al., 2013), seguramente, en muchos casos, justificadas por el mal trato recibido.

Por lo que respecta al sistema cognitivo de las personas con TLP, tal como habíamos hipotetizado, nuestros resultados evidencian que tienen una mayor tendencia a poseer estructuras polarizadas, indefinidas y poco diferenciadas en comparación con individuos sanos.

El pensamiento dicotómico en el ámbito interpersonal es habitual en el cuadro límite y se reflejó en puntuaciones más extremas en el índice de polarización de la TRI del grupo clínico. El porcentaje obtenido en nuestra muestra con TLP fue superior al obtenido en otro estudio con trastorno depresivo mayor (el 25.09% en Feixas et al., 2008; y el 33.43% en Feixas et al., 2021), a una muestra de profesionales de la salud con problemas de abuso de sustancias (el 28.74% en Eiroa-Orosa et al., 2021), y a una muestra de pacientes con psicosis (el 31.90% en García-Mieres et al., 2020). En esta última muestra, se analizó de forma más específica el impacto de esta variable, mostrando que los pacientes con mayor nivel de polarización (más del 33%) mostraron menor reserva cognitiva y mayor afectación de las funciones ejecutivas que los que tenían menores niveles de polarización. La gran mayoría de nuestros pacientes serían también considerados con un nivel alto de polarización según el criterio empleado por estos autores. El único estudio en el que el nivel de polarización medio fue superior al de nuestra muestra con TLP se realizó con una muestra de menor tamaño ( $n = 31$ ) que presentaban una media del 39.54% (Aguilera et al., 2019). En síntesis, estos datos confirman el alto nivel de pensamiento dicotómico de nuestra muestra clínica, solo superado por este último estudio con mujeres con cierta gravedad y cronicidad asociada.

La incertidumbre y tendencia a la laxitud constructiva se pone de manifiesto ante la gran cantidad de puntuaciones intermedias no posicionadas en algún polo. En la mayoría de los estudios que emplean la TRI con muestras clínicas, la indefinición no suele informarse por su falta de relevancia (y de significación al contrastar con grupos control), pero en los casos que hemos encontrado los porcentajes son más bajos que en nuestra muestra clínica (13.59%). Por ejemplo, en la muestra de profesionales de la salud con problemas de abuso de sustancias, se informa del 8.21% (Eiroa-Orosa et al., 2021).

Aparentemente una alta polarización e indefinición parecen mutuamente exclusivas, ya que podríamos pensar que, si una estructura tiende a los extremos, no lo hará hacia las puntuaciones medias. No obstante, la forma habitual de construir del perfil límite implica

ambas direcciones, lo cual sí que es un fenómeno singular, a nuestro entender, característico de estos pacientes. Interpretamos que la persona con TLP puede tener una gran tendencia a la conflictividad cognitiva y a la incertidumbre predictiva derivadas de una alta laxitud constructiva. Dado que las expectativas pueden no encajar con las observaciones de la realidad, puede haber un miedo de arriesgar a contrastar construcciones alternativas y, por lo tanto, no optar por una posición polar nunca antes experimentada. Así pues, en lugar de poner a prueba el sistema de constructos para contrastarlo y hacerlo más eficaz, hay una tendencia a la hostilidad e invariabilidad. Cuanto menos se evalúa el poder predictivo del sistema, menor seguridad sobre sus anticipaciones tendrá el individuo. Tal como indica Walker (2002), este escenario podría explicar una predisposición a una falta de posicionamiento interpretativo debido a la incertidumbre. Sin embargo, las construcciones moduladas por estilos de pensamiento dicotómicos, influenciados por procesos de alta reactividad emocional, podría explicar por qué en ocasiones se puede construir de forma tan extrema. Esto podría implicar que la persona tenga una seguridad constructiva muy elevada mientras se experimenta la activación emocional, la cual podría desvanecerse a medida que se estabilice su estado afectivo. De hecho, si más adelante se experimenta una emoción diferente de alta intensidad, la persona podría tener una seguridad constructiva opuesta a la inicial. Tal como se ha mencionado antes, un sistema de tendencia constructiva laxa que, a la vez, experimenta un acortamiento en el Ciclo C-A-C y en el que predomina la fase de apropiación, explicaría una estructura con tendencia a la indefinición y polarización al mismo tiempo (Winter et al., 2003).

El índice PVEPF, indicador inverso del nivel de diferenciación cognitiva del sistema de constructos, tiende a ser más bajo en nuestro grupo con TLP (aunque sin alcanzar los niveles de significación estadística corregida) en comparación con personas sin diagnóstico clínico. Esta dirección de los resultados nos hace pensar que estos pacientes podrían tender a utilizar pocas dimensiones de significados para interpretar su realidad. El valor medio obtenido del PVEPF (47.68%) en nuestra muestra clínica es parecido al de la muestra de mujeres con depresión y fibromialgia (48.67% en el estudio de Aguilera et al., 2019) y al de pacientes con trastorno depresivo mayor (46.79% en el estudio de Feixas et al., 2021), pero algo superior a pacientes con psicosis (43.60% en el estudio de García-Mieres et al., 2020) y algo inferior a la muestra de profesionales de la salud con

problemas de abuso de sustancias (52.02% en el estudio de Eiroa-Orosa et al., 2021), aunque siempre superior a todos los grupos control de estos estudios.

Esta tendencia a la unidimensionalidad cognitiva denota una simplificación de la realidad que podría dificultar su agilidad para cambiar de punto de vista cuando sus construcciones no se ven validadas. Las grandes dificultades de cambio terapéutico que reportan los profesionales de salud mental que trabajan con este tipo de pacientes podrían ser parcialmente explicadas por su baja diferenciación cognitiva (Eiroa-Orosa et al., 2021). Teniendo en cuenta que la mayoría de los tratamientos psicológicos pretenden facilitar cambios adaptativos, a las personas con un diagnóstico de TLP les puede costar utilizar dimensiones de significado alternativas a las que están acostumbradas a emplear, aunque éstas últimas no sean del todo efectivas.

## 5.1 Implicaciones de interés clínico

Tal y como se plantea en las pocas publicaciones sobre la terapia basada en la TCP en pacientes con TLP (Gillman-Smith y Watson, 2005; Winter et al., 2003), una de las principales implicaciones terapéuticas de este marco clínico es considerar los síntomas como resultado o aspecto observable del proceso de construcción de significados. En términos constructivistas, la estructura y los procesos de interpretación de la realidad de las personas que han recibido un diagnóstico de TLP producen anticipaciones que no les resultan efectivas (invalidación). Partiendo de su habilidad constructiva actual, la TCP propone trabajar para adaptar su sistema contrastando las hipótesis derivadas de su actual sistema de constructos y poniendo a prueba alternativas de significado que puedan mejorar la capacidad predictiva del sistema. De acuerdo con Harter (1995), los terapeutas que pretendan utilizar principios constructivistas en terapia con pacientes de perfil límite deberían limitar la influencia de sus construcciones personales y teóricas sobre el curso terapéutico. Atender los procesos constructivos del paciente puede fomentar la elaboración de sus propios significados a la hora de completar Ciclos de la Experiencia que sean efectivos y validen su sistema predictivo.

Al enfoque de los constructos personales orientado a pacientes con TLP le faltan estudios de sistematización de la intervención y de eficacia. Sin embargo, dado que las propuestas constructivistas son altamente compatibles con otros modelos de intervención basados en

la evidencia, estas podrían resultar de complemento terapéutico quizás en formato modular (p. ej., un módulo centrado en trabajar dilemas). La mayoría de los programas para el TLP están destinados a la adquisición de habilidades y psicoeducación sobre su condición para ayudar a las personas a gestionar sus crisis y a conseguir un mayor nivel de estabilidad emocional. En adición a estos objetivos, la terapia basada en la TCP podría aportar un buen escenario para considerar construcciones de significado alternativas a las habitualmente usadas, especialmente las relativas al sí mismo (identidad) y los otros, si esto facilita la reconstrucción del sistema para mejorar su poder predictivo. El trabajo en áreas como las alteraciones de la identidad, las dificultades en relaciones interpersonales, el miedo al abandono y la sensación de vacío es igualmente necesario para personas que ya hayan aprendido habilidades de regulación emocional y gestión de crisis. En concreto, personas que deseen atender alguno de estos aspectos serían buenos candidatos para hacerlo desde una perspectiva constructivista. Un trabajo consciente sobre los propios procesos de interpretación de la realidad, sobre cómo se construye el “yo”, y que ponga en práctica formas alternativas de construirla podría fomentar una buena evolución terapéutica de los pacientes con TLP.

Este estudio aporta como elemento innovador la relevancia del análisis de los CDs, especialmente predominantes en personas con TLP. El trabajo para reformular estos constructos puede resultar beneficioso como elemento adicional en el tratamiento. Existen muchas casuísticas en las que un cambio conveniente para la persona no será ejecutado debido a la incertidumbre de su idoneidad. Puede ser importante para desbloquear el progreso terapéutico acompañar a la persona a explorar los riesgos que supondría un cambio aparentemente saludable con respecto a su sentido de identidad y posicionamiento con respecto a los demás. Este proceso siempre tendría que llevarse cautelosamente para no confundir un potencial constructo dilemático con una decisión deseable de equilibrio entre polos. Por ejemplo, si un individuo situara su “yo ideal” en un punto medio en los constructos “feliz vs. triste” y “agresiva vs. sumisa”, podríamos inferir la posibilidad de que existan diferentes motivos por los que se construye de esta forma. Sería importante explorar por qué no está escogiendo una posición polar (“¿Por qué ser feliz no resulta para ti una buena opción?”) o reconstruir el constructo (p. ej., “asertiva vs. sumisa”) que pudiera ser más deseable para la persona y trabajar en sesión en el caso de que se tratara de una fuente de malestar psicológico. Además, el trabajo con estos CDs también podría mejorar la regulación emocional (p. ej., para no ser “sumisa” puede existir

otra alternativa a ser “agresiva”). En los enfoques actualmente predominantes, en este caso se utilizaría la psicoeducación, siguiendo con el ejemplo, con respecto a ser “asertivo” (constructo teórico proporcionado por el o la terapeuta). Pero nuestra propuesta (Feixas y Compañ, 2015; 2016) consiste en conversar sobre las ventajas e inconvenientes de cada polo del CD para que la persona misma se vea enfrentada al dilema que representa dicho constructo, promoviendo su propia resolución del dilema (Feixas, 2016).

Por otro lado, nuestros resultados indican que, a pesar de que los DIs no son tan relevantes como los CDs en el cuadro del TLP, su presencia e intensidad podrían tener mayor relación con una mayor severidad sintomatológica general. De nuevo, estos datos abren una serie de caminos terapéuticos poco explorados hasta la actualidad. A nivel clínico, cuando se detecte la presencia de un DI, de acuerdo con la tendencia de nuestros resultados, sería probable que este fuera de alta intensidad y que estuviera relacionado con una mayor sintomatología clínica general. Añadir al tratamiento habitual un módulo adicional de intervención centrada en dilemas (Feixas y Compañ, 2015, 2016), también apropiada para los CDs, podría ayudar potencialmente a generar un cambio sintomatológico compatible con el sentido de identidad. Tratar los DIs podría ser de especial interés en las personas que se mostraran resistentes al cambio incluso cuando este fuera deseado por ellas mismas.

El trabajo con los indicadores relacionados con el “yo”, los “otros” y el “ideal” puede ser de ayuda para aquellos pacientes que puedan tener una especial baja autoestima, se sientan muy diferentes a los demás o sean muy críticos con la mayoría de las personas. Asimismo, tener en consideración si su estructura cognitiva tiende a la indefinición o a la polarización y analizar en sesión los motivos por los que esto podría ser de interés. Ello podría resultar de ayuda para reducir tendencias interpretativas poco efectivas. En individuos que tengan una marcada baja diferenciación cognitiva puede ser de utilidad explorar los constructos que forman parte de la principal dimensión de significado que influye en su proceso de interpretación de la realidad y focalizarse en generar interpretaciones alternativas. Emplear habilidades metacognitivas para analizar los procesos y la estructura cognitiva de la persona puede facilitar la exploración de formas nuevas de construcción que podrían modular el sistema para que se reduzca el nivel de malestar clínico. De hecho, la oportunidad que ofrece la TRI y la visualización de sus resultados (véase, por ej., Feixas et al., 2022) puede fomentar, ya de por sí, el desarrollo

de las capacidades metacognitivas de las personas, y eso se ha reivindicado como un factor clave para pacientes con TLP (Bateman y Fonagy, 2010).

## 5.2 Fortalezas y limitaciones del estudio

Hasta dónde llega nuestro conocimiento, no existe ningún otro estudio hasta la fecha que analice de forma sistemática la estructura y los procesos constructivos en personas con un diagnóstico de TLP con un tamaño de la muestra de estas dimensiones. Solo White (2014) utiliza la TRI para analizar las características del sistema de construcción de personas con TLP, aunque con una muestra de 10 participantes y con hipótesis distintas a las planteadas en nuestro proyecto (por ejemplo, no analiza los conflictos cognitivos). Nuestra investigación pretende sentar las bases sobre el estilo de construcción que predomina en el perfil de personalidad límite. En este sentido, este estudio resulta necesario para poder enriquecer las aportaciones clínicas que se podrían derivar de la TCP para el tratamiento del TLP.

A nivel metodológico hemos optado por ser conservadores tanto en el proceso de evaluación como con el análisis de los resultados. Las pruebas de evaluación utilizadas para seleccionar a los participantes del grupo clínico son entrevistas exhaustivas que han requerido de mucho tiempo y discernimiento clínico para asegurar que se cumplen los criterios de inclusión. Los resultados han sido analizados tomando como referencia los criterios más conservadores que hemos encontrado para minimizar el error Tipo I, a pesar de que hemos reportado también otros más liberales para compensar el error Tipo II.

Una limitación que destacar de nuestro estudio es la alta proporción de mujeres, lo que dificulta la generalización de resultados en hombres o personas con otras identidades de género. Más importante aún es la imposibilidad de presentar datos segmentados por género, ya que existen razones para pensar que la cuestión de los roles de género es importante también para las personas con TLP (Zlotnick et al., 2002).

Por mucho que la mayoría de nuestras hipótesis se corroboren total o parcialmente, sería interesante que un estudio con una muestra más representativa replicara estos mismos análisis y contrastara la dirección de nuestras interpretaciones. En concreto, los efectos de los DIs han sido hallados significativos solo con criterios laxos, por lo que esta relación

tal vez necesitaría de más potencia estadística para verificarse. Debido a la gran cantidad de variables analizadas, sería de utilidad también aumentar el número de participantes incluidos.

A causa de las limitaciones temporales y de recursos de esta tesis doctoral, los participantes del grupo clínico pertenecían a diversos centros y estaban sometidos a tratamientos terapéuticos distintos, los cuales se basaban en diferentes orientaciones terapéuticas, con distintos profesionales de la salud mental y en diferentes fases del tratamiento. Con una mayor inversión de recursos se podría haber asegurado un análisis con pacientes en condiciones más similares a nivel de expresión sintomatológica y tipo y fase del tratamiento en el momento de la evaluación. Además, a pesar de que en el ámbito clínico es difícil encontrar personas que cumplan exclusivamente requisitos para el diagnóstico de TLP, la alta comorbilidad de este trastorno es una variable que puede haber influenciado los resultados, pero con una muestra insuficiente como para poder considerarlo como variable interviniente. En concreto, muchos de los participantes incluidos en nuestro estudio fueron derivados de un centro cuyos pacientes acostumbran a pedir consulta por posibles trastornos de la conducta alimentaria. Asimismo, existen muchas combinaciones de criterios diagnósticos que puedan confirmar la presencia de un TLP. De hecho, se puede dar el caso de que dos personas con el mismo diagnóstico solo compartan un criterio diagnóstico y se diferencien en el resto. La naturaleza tan variable de la manifestación de este trastorno dificulta que se pueda trabajar con un mismo perfil dentro de la población clínica. Al asegurar que todos los participantes cumplan los mismos criterios diagnósticos aumentaría la homogeneidad de la muestra.

Por otro lado, el uso de los CDs como criterio de conflicto cognitivo tiene una limitación ya comentada en cuanto a que podría interpretarse, más que como una dificultad de decisión sobre el “ideal”, como la postura intermedia escogida a consciencia. A pesar de su dificultad, resultaría de utilidad encontrar maneras de considerar únicamente los CDs que representen verdaderamente conflictos cognitivos para el individuo. En cualquier caso, sí que nos parece un hallazgo relevante que este tipo de pacientes en sus rejillas obtengan como promedio 2.92 CDs de un total de 17.02 constructos, lo que supone que el 17.17% de sus constructos fueron dilemáticos. Este alto nivel de presencia de CDs no se ha encontrado en ninguna otra tipología de pacientes.



Por último, nuestra predicción sobre la relación entre conflictividad cognitiva y severidad sintomatológica específica del TLP no ha resultado validada. Como hemos comentado, esto ha podido deberse a las herramientas utilizadas en nuestro estudio (DIB-R y SCID-II) para valorar la gravedad de los síntomas. Emplear instrumentos que ofrezcan una mejor medición de intensidad sintomatológica del TLP (o que nos permitan centrarnos en aspectos concretos, como las alteraciones de la identidad) podría ayudar a contrastar de nuevo esta hipótesis. Algunos ejemplos de estas herramientas podrían ser el cuestionario BPQ o la entrevista IPDE. Pero, por el momento, nuestros resultados nos vinculan a considerar que los conflictos internos estudiados (CDs y DIs) no influyen en los síntomas más específicos del TLP.

### 5.3 Consideraciones para el futuro

A parte de replicar el presente estudio con un mejor control de variables, y con una muestra que permita considerar la perspectiva de género y controlar la comorbilidad, si se obtienen resultados en la misma dirección, otras líneas de investigación paralelas se podrían crear para contrastar si los conflictos cognitivos se mantienen o no a lo largo del tiempo. De acuerdo con nuestras interpretaciones, las personas con TLP tendrían tendencia a mantener una laxitud del sistema y un alto nivel de conflictividad como características base. Sería interesante verificar si con el paso del tiempo estas características del sistema de constructos cambian y si tienen un impacto sobre el resultado terapéutico. El conocimiento del valor predictivo de las variables estudiadas permitiría un gran avance en la personalización del tratamiento, ajustándolo al perfil cognitivo de cada paciente.

Constituyendo nuestro estudio una oportunidad para poder satisfacer mejor las necesidades terapéuticas no abordadas hasta el momento, sería de interés estudiar también en el TLP la efectividad de terapias derivadas de la TCP. Podríamos pensar en crear módulos específicos para el abordaje de conflictos cognitivos o procesos metacognitivos, algunos de los cuales ya están manualizados y están siendo implementados en otras poblaciones clínicas (Feixas y Compañ, 2015, 2016).

## 6 Conclusiones

De acuerdo con nuestros hallazgos, las personas diagnosticadas con TLP tienen una destacable propensión a presentar conflictos cognitivos. A diferencia de otros estudios con otros trastornos, en el nuestro los CDs definen la conflictividad principal del TLP, la cual se basaría en una tendencia a la incertidumbre en cuanto a la preferencia de su “yo ideal”. Al igual que en otros problemas de salud mental, en estos pacientes podría existir una mayor predisposición a presentar DIs, es decir, dificultades intensas para realizar cambios deseados por miedo a experimentar cambios indeseados en su sentido de identidad, aunque esto solo quedaría confirmado con criterios estadísticos laxos. A pesar de que no se cumplen los criterios de significación estadística establecidos, podría existir una tendencia asociativa entre los DIs y el nivel de sintomatología clínica general.

Los procesos de construcción identitaria e interpersonal del cuadro límite tienden a una baja autoestima (alta discrepancia “yo ahora” – “yo ideal”), un alto nivel de diferenciación de los demás (alta discrepancia “yo ahora” – “otros”) y una baja adecuación de los demás a los estándares ideales de la persona (alta discrepancia “otros” – “yo ideal”), lo que expresa una visión crítica o exigente de los “otros” y del “sí mismo”.

Las personas con TLP también son propensas a construir la realidad de forma poco definida a la vez que polarizada. Mientras la indefinición podría tener que ver con un proceso de construcción laxo y una consecuente inseguridad sobre el poder predictivo de sus anticipaciones, la polarización sería un proceso reactivo a las alteraciones emocionales al tratar de dotar de certeza constructiva con respecto al “sí mismo” y a los “otros”. A la vez, parece que estos individuos podrían mostrar una tendencia a la unidimensionalidad de significados, aunque en este caso tampoco se han superado los criterios de significación estadística.

Tomados en su conjunto, nuestros hallazgos, aún pendientes de la replicación en otros estudios independientes, aportan un mayor grado de conocimiento acerca del papel de los procesos de construcción del significado de las personas con un diagnóstico de TLP y su relación con su sintomatología. Asimismo, sugieren que en futuros estudios (y para la personalización de los tratamientos) se deberían incluir las variables relativas a la

identidad personal evaluadas mediante la TRI, puesto que representan elementos relevantes en la comprensión del TLP.

## 7 Referencias

- Adams-Webber, J. R. (1989). *Personal construct theory: Concepts and applications*. Wiley.
- Aguilera, M., Paz, C., Compañ, V., Medina, J. C., & Feixas, G. (2019). Cognitive rigidity in patients with depression and fibromyalgia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *19*(2), 160-164. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.02.002>
- Alvarez-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](https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_269)
- American Psychiatric Association. (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1.<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3.<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4.<sup>a</sup> ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Ansell, E. B., Sanislow, C. A., McGlashan, T. H., & Grilo, C. M. (2007). Psychosocial impairment and treatment utilization by patients with borderline personality disorder, other personality disorders, mood and anxiety disorders, and a healthy

comparison group. *Comprehensive Psychiatry*, 48(4), 329-336.  
<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2007.02.001>

Arnold, J. (1988). Do self-ideal discrepancies and global self-esteem amount to the same thing?: an empirical investigation. *British Journal of Guidance and Counselling*, 16(2), 190-202. <https://doi.org/10.1080/03069888800760191>

Aviram, R. B., Brodsky, B. S., & Stanley, B. (2006). Borderline Personality Disorder, Stigma, and Treatment Implications. *Harvard Review of Psychiatry*, 14(5), 249-256. <https://doi.org/10.1080/10673220600975121>

Bados, A., Solanas, A., & Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-683.

Bannister, D., & Agnew, J. (1977). The child's construing of self. En A. W. Landfield & J. K. Cole (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1976: Personal Construct Psychology: Vol. 24*. University of Nebraska Press.

Bannister, D., & Bott, M. (1973). Evaluating the person. En P. Kline (Ed.), *New approaches in psychological measurement* (pp. 157-177). Wiley.

Bannister, D., & Fransella, F. (1986). *Inquiring Man: The Psychology of Personal Constructs* (3a ed.). Croom Helm.

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

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder: Mentalization Based Treatment*. Oxford University Press.

- Bateman, A., & Fonagy, P. (2008). 8-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder: mentalization-based treatment versus treatment as usual. *The American journal of psychiatry*, *165*(5), 631-638. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07040636>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1355-1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry*, *9*(1), 11-15. <https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00255.x>
- Beck, A. (1979). *Cognitive Therapy of Depression*. Guildford Press.
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1988). *Beck Hopelessness Scale Manual*. Psychological Corporation.
- Ben-Porath, Y. S., & Tellegen A. (2008). *MMPI-2-RF: Manual for Administration, Scoring, and Interpretation*. University of Minnesota Press.
- Biskin, R. S. (2015). The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *60*(7), 303-308. <https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & John, D. S. (2004). The STEPPS group treatment program for outpatients with borderline personality disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, *34*(3).
- Blum, N., St. John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for Outpatients With Borderline Personality Disorder: A Randomized

Controlled Trial and 1-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>

Bonarius, H. (1977). The interaction model of communication: Through experimental research towards existential relevance. En A. W. Landfield & J. K. Cole (Eds.), *Nebraska Symposium on Motivation 1976: Personal Construct Psychology: Vol. 26*. University of Nebraska Press.

Bos, E. H., van Wel, E. B., Appelo, M. T., & Verbraak, M. J. P. M. (2011). Effectiveness of Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for borderline personality problems in a «real-world» sample: moderation by diagnosis or severity? *Psychotherapy and psychosomatics*, 80(3), 173-181. <https://doi.org/10.1159/000321793>

Botella, L., & Feixas, G. (2008). *Teoría de los Constructos Personales: Aplicaciones a la Práctica Psicológica* (Edición electrónica). Laertes.

Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2019). Early Detection and Outcome in Borderline Personality Disorder. En *Frontiers in Psychiatry* (Vol. 10). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00710>

Brown, T. A., & Barlow, D. H. (2005). Dimensional versus categorical classification of mental disorders in the fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders and beyond: comment on the special section. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 551-556. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.551>

Caputi, P., & Keynes, N. (2001). A note on the stability of structural measures based on repertory grids. *Journal of Constructivist Psychology*, 14(1), 51-55. <https://doi.org/10.1080/107205301451362>

Chambers, W. V., & O'Day, P. (1984). A Nomothetic View of Personal Construct Processes. *Psychological Reports*, 55(2), 554-554. <https://doi.org/10.2466/pr0.1984.55.2.554>

- 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. *British Journal of Psychiatry*, *193*(6), 477-484. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.107.048934>
- Chiari, G., Nuzzo, M. L., Alfano, V., Brogna, P., D'Andrea, T., Di Battista, G., Plata, P., & Stiffan, E. (1994). Personal paths of dependency. *Journal of Constructivist Psychology*, *7*(1), 17-34. <https://doi.org/10.1080/10720539408405085>
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *4*(1), 21-30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Clarkin, J. F., Foelsch, P. A., Levy, K. N., Hull, J. W., Delaney, J. C., & Kernberg, O. F. (2001). The development of a psychodynamic treatment for patients with borderline personality disorder: a preliminary study of behavioral change. *Journal of personality disorders*, *15*(6), 487-495. <https://doi.org/10.1521/pedi.15.6.487.19190>
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American journal of psychiatry*, *164*(6), 922-928. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922>
- Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., & Kernberg, O. F. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality. Focusing on Object Relations*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.112.1.155>
- Compañ, V., Feixas, G., Varlotta-Domínguez, N., Torres-Viñals, M., Aguilar-Alonso, Á., Dada, G., & Saúl, L. Á. (2011). Cognitive Factors in Fibromyalgia: The Role of Self-



Concept and Identity Related Conflicts. *Journal of Constructivist Psychology*, 24(1), 56-77. <https://doi.org/10.1080/10720537.2011.530492>

Corella, A. (2012). *La utilització de similituds en l'anàlisi de dades de la Tècnica de Graella* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.

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>

Dada, G. (2008). Autovaloración, factores cognitivos y de personalidad en la predicción de sintomatología alimentaria en mujeres universitarias. En *Diploma de Estudios Avanzados*. Doctorado en Psicología clínica y de la salud, Universidad de Barcelona.

Dada, G. (2014). *Los conflictos cognitivos y la construcción del sí mismo y de los otros en los trastornos de la conducta alimentaria* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.

D'Agostino, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2018). Models of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry*, 31(1), 57-62. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000374>

de Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H., & Féline, A. (1995). Identity disturbances and self-other differentiation in schizophrenics, borderlines, and normal controls. *Comprehensive Psychiatry*, 36(5), 362-366. [https://doi.org/10.1016/s0010-440x\(95\)90117-5](https://doi.org/10.1016/s0010-440x(95)90117-5)

de Bonis, M., De Boeck, P., Lida-Pulik, H., Hourtané, M., & Féline, A. (1998). Self-concept and mood: a comparative study between depressed patients with and without

borderline personality disorder. *Journal of affective disorders*, 48(2-3), 191-197.  
[https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(97\)00169-9](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(97)00169-9)

De las Cuevas, C., González de Rivera, J. L., Henry-Benítez, M., Monterey, A. L., Rodríguez-Pulido, F., & García Marco, R. (1991). Análisis factorial de la versión española del SCL90-R en la población general. *Anales de Psiquiatría*, 7, 93-96.

Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., Forcina, F., Anibaldi, G., Cortese, F. N., Iannuccelli, A., Adriani, B., Brugnoli, R., Girardi, P., Paris, J., & Pompili, M. (2021). Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Current neuropharmacology*, 19(10), 1760-1779.  
<https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>

Derogatis, L. R. (1975). The SCL-90-R. *Clinical Psychometric Research*.

Derogatis, L. R., & Unger, R. (2010). Symptom Checklist-90-Revised. En *The Corsini Encyclopedia of Psychology*. John Wiley & Sons, Inc.  
<https://doi.org/10.1002/9780470479216.corpsy0970>

Devi Jankowicz. (2004). *The Easy Guide to Repertory Grids*. Wiley.

Eiroa-Orosa, F. J., Gebac, S., Braquehais, M. D., Llavayol, E., Garcia-Gutierrez, A., & Feixas, G. (2021). Substance Abuse Among Health Professionals: A Personal Construct Analysis. *Journal of Constructivist Psychology*, 34(4), 463-478.  
<https://doi.org/10.1080/10720537.2019.1706676>

Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2012). Validation of the Swedish Version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/cpp.1788>

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>

- Escandón, N. (2015). *Construcción del sí mismo y estructura cognitiva en el sobrepeso y la obesidad diferencias entre personas con y sin trastorno por atracón* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: Psychometric properties and utility of the CORE-OM. *British Journal of Psychiatry*, *180*(1), 51-60. <https://doi.org/10.1192/bjp.180.1.51>
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *40*(2), 317-328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Feixas, G. (2016). Dilemma resolution. En D. Winter & N. Reed (Eds.), *Handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 230-240). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0947-x>
- Feixas, G., Bach, L., & Laso, E. (2004). Factors affecting interpersonal construct differentiation when measured using the Repertory Grid. *Journal of Constructivist Psychology*, *17*(4), 297-311. <https://doi.org/10.1080/10720530490483202>
- Feixas, G., & Compañ, V. (2015). *Manual de intervención centrada en dilemas para la depresión [A manual for dilemma-focused therapy for depression]*. Desclée de Brouwer.
- Feixas, G., & Compañ, V. (2016). Dilemma-focused intervention for unipolar depression: a treatment manual. *BMC Psychiatry*, *16*(1), 235. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0947-x>
- Feixas, G., & Cornejo, J. M. (1996a). *Manual de la Técnica de la Rejilla mediante el programa RECORD v.2.0 [Repertory Grid Technique Manual using RECORD v.2.0]* (2 ed.). Paidós.

- Feixas, G., De la Fuente, M., & Soldevila, J. M. (2003). La técnica de la rejilla como instrumento de evaluación y formulación de hipótesis clínicas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 8(2), 153-172.
- Feixas, G., Erazo-Caicedo, M. I., Harter, S. L., & Bach, L. (2008). Construction of Self and Others in Unipolar Depressive Disorders: A Study Using Repertory Grid Technique. *Cognitive Therapy and Research*, 32(3), 386-400. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9149-7>
- Feixas, G., Evans, C., Trujillo, A., Saúl, L. A., Botella, L., Corbella, S., González, E., Bados, A., Garcia-Grau, E., & López-González, M. A. (2012). La versión española del CORE-OM: Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure. *Revista de Psicoterapia*, 23(89), 109-135.
- Feixas, G., García-Gutiérrez, A., & Alabèrnia-Segura, M. (2022). Enhancing psychotherapy with immersive (VR) self-identity exploration: A case illustration and research protocol using EYME-Explore Your Meanings. *Paper (in symposium)*.
- Feixas, G., Moggia, D., Niño-Robles, N., Aguilera, M., Montesano, A., & Salla, M. (2021). Measuring Cognitive Rigidity in Construing Self and Others with the Repertory Grid Technique: Further Test of the Cognitive Model for Depression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(4), 656-670. <https://doi.org/10.1007/s41811-021-00122-w>
- Feixas, G., Moliner, J. L., Montes, J. N., Mari, M. T., & Neimeyer, R. A. (1992). The stability of structural measures derived from repertory grids. *International Journal of Personal Construct Psychology*, 5(1), 25-39. <https://doi.org/10.1080/08936039208404939>
- Feixas, G., Montebruno, C., Dada, G., Del Castillo, M., & Compañ, V. (2010). Self construction, cognitive conflicts and polarization in bulimia nervosa. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 10(3), 445-457.

- Feixas, G., & Saúl, L. Á. (2004). The Multi-Center Dilemma Project: An Investigation on the Role of Cognitive Conflicts in Health. *The Spanish Journal of Psychology*, 7(1), 69-78. <https://doi.org/10.1017/S1138741600004765>
- Feixas, G., Saúl, L. A., & Ávila-espada, A. (2009). Viewing Cognitive Conflicts as Dilemmas: Implications for Mental Health. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(2), 141-169. <https://doi.org/10.1080/10720530802675755>
- Feixas, G., & Villegas, M. (2000). *Constructivismo y psicoterapia* (3.<sup>a</sup> ed.). Desclée De Brouwer.
- Feixas, Guillem., & Cornejo, J. M. (1996b). *Manual de la técnica de rejilla mediante el programa record v.2.0*. Paidós.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., & Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)*. Masson.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R., Williams, J., & Benjamin, L. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II)*. American Psychiatric Press, Inc.
- Fischer-Kern, M., Doering, S., Taubner, S., Hörz, S., Zimmermann, J., Rentrop, M., Schuster, P., Buchheim, P., & Buchheim, A. (2015). Transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder: change in reflective function. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 207(2), 173-174. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.143842>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2018). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self* (P. Fonagy, G. Gergely, & E. L. Jurist, Eds.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780429471643>

- Fonagy, P., & Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 217-233.
- Fransella, F., Bell, R., & Bannister, D. (2004). *A Manual for Repertory Grid Technique* (2nd ed.). Wiley.
- Freeman, A., & Fusco, G. M. (2004). *Borderline Personality Disorder: A Therapist's Guide to Taking Control*. Norton.
- Freshwater, K., Leach, C., & Aldridge, J. (2001). Personal constructs, childhood sexual abuse and revictimization. *British Journal of Medical Psychology*, 74(3), 379-397. <https://doi.org/10.1348/000711201161055>
- García, F., & Musitu, G. (2023). *AF-5. Autoconcepto Forma-5* (5.<sup>a</sup> ed.). Hogrefe TEA Ediciones.
- García-Gutiérrez, A., & Feixas, G. (2018). *GRIDCOR: A repertory grid analysis tool (Version 6.0)*. <https://repertorygrid.net/en/>
- García-Mieres, H., Usall, J., Feixas, G., & Ochoa, S. (2020). Placing Cognitive Rigidity in Interpersonal Context in Psychosis: Relationship With Low Cognitive Reserve and High Self-Certainty. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.594840>
- Gauthier, M. C., & Saucier, J. F. (1991). [Preliminary study of early sexual abuse]. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 36(6), 422-427. <https://doi.org/10.1177/070674379103600607>
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>

- Gillman-Smith, I., & Watson, S. (2005). Personal Construct Group Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. En D. Winter & L. L. Viney (Eds.), *Personal Construct Psychotherapy* (pp. 189-197). Whurr Publishers Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470713686.ch15>
- Golyunkina, K., & Ryle, A. (1999). The identification and characteristics of the partially dissociated states of patients with borderline personality disorder. *The British journal of medical psychology*, 72(4), 429-445. <https://doi.org/10.1348/000711299160103>
- González de Rivera, J., de las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de Síntomas*. TEA Ediciones.
- González-González, S., Marañón-González, R., Hoyuela-Zatón, F., Gómez-Carazo, N., Hernández-Abellán, A., Pérez-Poo, T., Umaran-Alfageme, O., Cordero-Andrés, P., López-Sánchez, V., Black, D. W., Blum, N. S., Artal-Simón, J., & Ayesa-Arriola, R. (2021). STEPPS for Borderline Personality Disorder: A Pragmatic Trial and Naturalistic Comparison With Noncompleters. *Journal of personality disorders*, 35(6), 841-856. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2021\\_35\\_512](https://doi.org/10.1521/pedi_2021_35_512)
- Goodman, M., Tomas, I. A., Temes, C. M., Fitzmaurice, G. M., Aguirre, B. A., & Zanarini, M. C. (2017). Suicide attempts and self-injurious behaviours in adolescent and adult patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health*, 11(3), 157-163. <https://doi.org/10.1002/pmh.1375>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. S., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Borderline Personality Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533-545. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0404>
- Grinker, R., Werble, B., & Drye, R. (1968). *Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions*. Basic Books.

- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American journal of psychiatry*, *166*(5), 530-539. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825>
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, *68*(8), 827. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, *32*(2), 148-167. <https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148>
- Gunderson, J. G., Herpertz, S. C., Skodol, A. E., Torgersen, S., & Zanarini, M. C. (2018). Borderline personality disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, *4*(1), 18029. <https://doi.org/10.1038/nrdp.2018.29>
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, *135*(7), 792-796. <https://doi.org/10.1176/ajp.135.7.792>
- Gunderson, J. G., & Links, P. (2014). *Handbook of good psychiatric management for borderline personality disorder*. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: a gene-environment-developmental model. *Journal of personality disorders*, *22*(1), 22-41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Gunderson, J. G., & Philips K. A. (1991). A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry*, *148*(8), 967-975. <https://doi.org/10.1176/ajp.148.8.967>
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: an overview. *American Journal of Psychiatry*, *132*(1), 1-10. <https://doi.org/10.1176/ajp.132.1.1>



- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: Psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827-837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Hardison, H., & Neimeyer, R. (2012). Assessment of Personal Constructs: Features and Functions of Constructivist of Constructivist Techniques. En P. Caputi, L. Viney, B. M. Walker, & N. Crittenden (Eds.), *Personal Construct Methodology*. John Wiley & Sons.
- Harter, S., Alexander, P. C., & Neimeyer, R. A. (1988). Long-term effects of incestuous child abuse in college women: Social adjustment, social cognition, and family characteristics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(1), 5-8. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.1.5>
- Harter, S. L. (1995). Construing on the edge: Clinical mythology in working with borderline processes. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. (pp. 371-383). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10170-016>
- Harter, S. L. (2000). Quantitative measures of construing in child sexual abuse survivors. *Journal of Constructivist Psychology*, 13(2), 103-116. <https://doi.org/10.1080/107205300265900>
- Hasenyager, P. (1975). *The relationship between Neutral Responses on the Role Construct Repertory Test versus Extremity Scale* [Tesis de máster inédita]. University of Nebraska.
- Hopwood, C. J., Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Widiger, T. A., Althoff, R. R., Ansell, E. B., Bach, B., Michael Bagby, R., Blais, M. A., Bornovalova, M. A., Chmielewski, M., Cicero, D. C., Conway, C., De Clercq, B., De Fruyt, F., Docherty, A. R., Eaton, N. R., Edens, J. F., ... Zimmermann, J. (2018). The time has come for

dimensional personality disorder diagnosis. *Personality and mental health*, 12(1), 82-86. <https://doi.org/10.1002/pmh.1408>

IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., & Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, 21(3), 138-150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>

Johansen, A. B., Tavakoli, S., Bjelland, I., & Lumley, M. (2017). Constructivist Simultaneous Treatment of Borderline Personality Disorder, Trauma, and Addiction Comorbidity. *Qualitative Health Research*, 27(2), 236-248. <https://doi.org/10.1177/1049732315618659>

Joiner, T. E., Brown, J. S., & Wingate, L. R. (2005). The psychology and neurobiology of suicidal behavior. *Annual review of psychology*, 56, 287-314. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.56.091103.070320>

Jokić-Begić, N., Korajlija, A. L., Jurin, T., & Evans, C. (2014). [Factor structure, psychometric properties and cut-off scores of Croatian version of Clinical Outcomes in Routines Evaluation – Outcome Measure (CORE-OM)]. *Psihologijske Teme*, 23(2), 265-288.

Kelleher, I., & DeVlyder, J. E. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *British Journal of Psychiatry*, 210(3), 230-231. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.185249>

Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive Analytic Therapy for Borderline Personality Disorder: Therapist Competence and Therapeutic Effectiveness in Routine Practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 216-225. <https://doi.org/10.1002/cpp.796>

Kelly, G. A. (1955). *The psychology of personal constructs*. Norton.

- Kelly, G. A. (1961). Suicide: The personal construct point of view. En E. Schneidman & N. Farberow (Eds.), *The cry for help* (pp. 255-280). McGraw-Hill. .
- Kelly, G. A. (1969). The language of hypothesis: Man's psychological instrument. En B. Maher (Ed.), *Clinical psychology and personality: The selected papers of George Kelly* (pp. 147-162). John Wiley.
- Kelly, G. A. (1991). *The psychology of personal constructs*. Routledge.
- Kernberg, O. (1967). Borderline Personality Organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 15(3), 641-685.  
<https://doi.org/10.1177/000306516701500309>
- Kernberg, O. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Aronson.
- Kernberg, O., & Clarkin, J. (1995). *The Inventory of Personality Organization*. The New York Hospital-Cornell Medical Center.
- Kernberg, O., Selzer, M., Koenigsberg, H., Carr, A., & Appelbaum, A. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. Basic Books.
- Kety, S. S., Rosenthal, D., Wender, P. H., & Schulsinger, F. (1968). The types and prevalence of mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 6, 345-362.  
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(68\)90026-5](https://doi.org/10.1016/0022-3956(68)90026-5)
- Kingdon, D. G., Ashcroft, K., Bhandari, B., Gleeson, S., Warikoo, N., Symons, M., Taylor, L., Lucas, E., Mahendra, R., Ghosh, S., Mason, A., Badrakalimuthu, R., Hepworth, C., Read, J., & Mehta, R. (2010). Schizophrenia and borderline personality disorder: Similarities and differences in the experience of auditory hallucinations, paranoia, and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(6), 399-403. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181e08c27>

- Koenigsberg, H. W. (2010). Affective Instability: Toward an Integration of Neuroscience and Psychological Perspectives. *Journal of Personality Disorders*, 24(1), 60-82. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.1.60>
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., New, A. S., Goodman, M., Silverman, J., Serby, M., Schopick, F., & Siever, L. J. (2001). Are the interpersonal and identity disturbances in the borderline personality disorder criteria linked to the traits of affective instability and impulsivity? *Journal of Personality Disorders*, 15(4), 358-370.
- Korzekwa, M. I., Dell, P. F., Links, P. S., Thabane, L., & Webb, S. P. (2008). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in psychiatric outpatients using a two-phase procedure. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 380-386. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.01.007>
- Kovářová, M., & Filip, M. (2015). Integrating the Differentiated: A Review of the Personal Construct Approach to Cognitive Complexity. *Journal of Constructivist Psychology*, 28(4), 342-366. <https://doi.org/10.1080/10720537.2014.994693>
- Kristjánisdóttir, H., Sigurðsson, B. H., Salkovskis, P., Ólason, D., Sigurdsson, E., Evans, C., Gylfadóttir, E. D., & Sigurðsson, J. F. (2015). Evaluation of the psychometric properties of the Icelandic version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation-Outcome Measure, its transdiagnostic utility and cross-cultural validation. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(1), 64-74. <https://doi.org/10.1002/cpp.1874>
- Landfield, A. W. (1971). *Personal construct systems in psychotherapy*. McNally.
- Landfield, A. W. (1976). A personal construct approach to suicidal behaviour. En P. Slater (Ed.), *The measurement of interpersonal space by grid technique* (pp. 93-107). Wiley.
- Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Zachary Rosenthal, M. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: a systematic review of behavioral and

laboratory-based assessments. *Clinical psychology review*, 34(3), 193-205.  
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.01.007>

Leitner, L. M., Faidley, A. J., & Celentana, M. A. (2000). Diagnosing human meaning making: An experiential constructivist approach. En R. A. Neimeyer & J. D. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder: Meaning-making frameworks for psychotherapy*. (pp. 175-203). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10368-008>

Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Kernberg, O. F., & Foelsch, P. A. (2001). The Inventory of Personality Organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychological assessment*, 13(4), 577-591. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11793901>

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

Lester, D. (1968). Attempted Suicide as a Hostile Act. *The Journal of Psychology*, 68(2), 243-248. <https://doi.org/10.1080/00223980.1968.10543429>

Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A., & Clouthier, T. (2018). Treatment of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711-728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(04\)16770-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6)

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2015). *Dialectical behavior Therapy Skills Training Manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Tutek, D. A., Reynolds, S. K., & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, *63*(7), 757-766. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.757>
- Links, P. S., Heslegrave, R., & van Reekum, R. (1999). Impulsivity: core aspect of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, *13*(1), 1-9. <https://doi.org/10.1521/pedi.1999.13.1.1>
- Loranger, A. W. (1994). The International Personality Disorder Examination. *Archives of General Psychiatry*, *51*(3), 215. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1994.03950030051005>
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, *33*(3), 335-343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- MacKenzie, K. R. (1983). The clinical application of a group climate measure. En R. R. Dies & K. R. MacKenzie (Eds.), *Advances in group psychotherapy: Integrating research and practice* (pp. 159-170). International Universities Press.
- Martín-Albo, J., Núñez, J. L., Navarro, J. G., & Grijalvo, F. (2007). The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *The Spanish Journal of Psychology*, *10*(2), 458-467. <https://doi.org/10.1017/S1138741600006727>

- McCloskey, M. S., & Ammerman, B. A. (2018). Suicidal behavior and aggression-related disorders. *Current opinion in psychology*, 22, 54-58. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.08.010>
- 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. *The American journal of psychiatry*, 169(6), 650-661. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11091416>
- McMain, S. F., Links, P. S., Gnam, W. H., Guimond, T., Cardish, R. J., Korman, L., & Streiner, D. L. (2009). A randomized trial of dialectical behavior therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1365-1374. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09010039>
- Millon, T. R., Davis, R., & Millon, C. (1997). *Millon Clinical Multiaxial Inventory—III manual (MCMI—III)* (2nd ed.). Pearson Assessments.
- Montesano, A., López-González, M. A., Saúl, L. Á., & Feixas, G. (2015). A review of cognitive conflicts research: a meta-analytic study of prevalence and relation to symptoms. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 11, 2997. <https://doi.org/10.2147/NDT.S91861>
- Nadort, M., Arntz, A., Smit, J. H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wensing, M., & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 961-973. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.013>
- Neimeyer, R. A. (1985). Personal constructs and depression. En E. Button (Ed.), *Personal constructs and mental health*. Croom Helm.

- Neimeyer, R. A. (1988). Clinical Guidelines for Conducting Interpersonal Transaction Groups. *International Journal of Personal Construct Psychology*, *1*(2), 181-190. <https://doi.org/10.1080/10720538808412775>
- Neimeyer, R. A., & Mahoney, M. J. (1995). Constructivism in psychotherapy. En R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10170-000>
- Neimeyer, R., & Feixas, G. (1989). Trastornos en el proceso de construcción: Implicaciones psicopatológicas de los corolarios kellianos. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista*, *26*, 52-69.
- Niemantsverdriet, M. B. A., Slotema, C. W., Blom, J. D., Franken, I. H., Hoek, H. W., Sommer, I. E. C., & van der Gaag, M. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder: Prevalence, characteristics and associations with comorbid symptoms and disorders. *Scientific reports*, *7*(1), 13920. <https://doi.org/10.1038/s41598-017-13108-6>
- Organización Mundial de la Salud. (1992). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (10.<sup>a</sup> ed.). Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11.<sup>a</sup> ed.). Organización Mundial de la Salud. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31205-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31205-X)
- Ortiz, E. (2017). *Malestar psicológico, construcción del sí mismo, estructura y conflictos cognitivos en estudiantes de psicología* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Paivio, S. C., & McCulloch, C. R. (2004). Alexithymia as a mediator between childhood trauma and self-injurious behaviors. *Child Abuse & Neglect*, *28*(3), 339-354. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2003.11.018>



- Palmieri, G., Evans, C., Hansen, V., Brancaleoni, G., Ferrari, S., Porcelli, P., Reitano, F., & Rigatelli, M. (2009). Validation of the Italian version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical psychology & psychotherapy*, *16*(5), 444-449. <https://doi.org/10.1002/cpp.646>
- 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. (2007). Intermittent Psychotherapy: An Alternative to Continuous Long-Term Treatment for Patients with Personality Disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, *13*(3), 153-158. <https://doi.org/10.1097/01.pra.0000271656.09717.ab>
- 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*, *55*(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Parker, A. (1981). The Meaning of Attempted Suicide to Young Parasuicides: A Repertory Grid Study. *British Journal of Psychiatry*, *139*(4), 306-312. <https://doi.org/10.1192/bjp.139.4.306>
- Pearse, L. J., Dibben, C., Ziauddeen, H., Denman, C., & McKenna, P. J. (2014). A study of psychotic symptoms in borderline personality disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *202*(5), 368-371. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000132>
- Pompili, M., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2005). Suicide in borderline personality disorder: a meta-analysis. *Nordic journal of psychiatry*, *59*(5), 319-324. <https://doi.org/10.1080/08039480500320025>

- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: a scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of personality disorders*, 20(3), 247-260. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- Pucurull, O. (2015). *Psicoterapia breve con un enfoque cognitivo-constructivista en la atención primaria: cambios sintomáticos y cognitivos* [Tesis doctoral]. Universitat de Barcelona.
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current opinion in psychology*, 37, 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.copsy.2020.12.007>
- Rivas, F., & Marco, R. (1985). *Evaluación conductual subjetiva: La técnica de rejilla*. Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Robles, J. I., Manuel, J., Rodríguez, A., Elena, M., & Fernández, P. (2002). SCL-90: Aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2(1), 5-19.
- Roepke, S., Vater, A., Preißler, S., Heekeren, H. R., & Dziobek, I. (2013). Social cognition in borderline personality disorder. *Frontiers in Neuroscience*, 6(JAN). <https://doi.org/10.3389/fnins.2012.00195>
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 116(3), 578-588. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.578>
- Ryle, A. (1967). A repertory grid study of the meaning and consequences of a suicidal act. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 113(505), 1393-1403. <https://doi.org/10.1192/bjp.113.505.1393>

- Ryle, A. (1990). *Cognitive-Analytic Therapy: Active Participation in Change*. Wiley.  
<https://doi.org/10.1192/S0007125000047139>
- Ryle, A. (1995). *Cognitive Analytic Therapy: Developments in Theory and Practice*. Wiley.
- Ryle, A. (1997). *Cognitive Analytic Therapy and Borderline Personality Disorder: The Model and the Method*. Wiley.
- Sales, C. M. D., Moleiro, C. M. de M., Evans, C., & Alves, P. C. G. (2012). The Portuguese version of the CORE-OM: translation, adaptation, and preliminary study of psychometric properties . *Archives of Clinical Psychiatry*, 39(2), 54-59.  
<https://doi.org/10.1590/S0101-60832012000200003>
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2006). Dialectical-behavioral therapy for borderline personality disorder. *Primary Psychiatry*, 13(5), 51-58.  
<https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation? *Current psychiatry reports*, 15(2), 339.  
<https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y>
- Sermpezis, C., & Winter, D. A. (2009). Is Trauma the Product of Over- or Under-Elaboration? A Critique of the Personal Construct Model of Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Constructivist Psychology*, 22(4), 306-327.  
<https://doi.org/10.1080/10720530903113862>
- Sewell, K., Cromwell, R. L., Farrell-higgins, J., Palmer, R., Ohlde, C., & Patterson, T. W. (1996). Hierarchical elaboration in the conceptual structures of vietnam combat veterans. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(2), 79-96.  
<https://doi.org/10.1080/10720539608404656>

- Sewell, K. W. (1996). Constructional risk factors for a post-traumatic stress response after a mass murder. *Journal of Constructivist Psychology*, 9(2), 97-107. <https://doi.org/10.1080/10720539608404657>
- Sewell, K. W. (1997). Posttraumatic stress: Towards a constructivist model of psychotherapy. En G. N. Neimeyer & R. A. Neimeyer (Eds.), *Advances in personal construct psychology* (pp. 207-235). JAI Press.
- 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>
- Sharp, C., & Vanwoerden, S. (2015). Hypermentalizing in borderline personality disorder: A model and data. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 14(1), 33-45. <https://doi.org/10.1080/15289168.2015.1004890>
- Shevlin, M., Dorahy, M., Adamson, G., & Murphy, J. (2007). Subtypes of borderline personality disorder, associated clinical disorders and stressful life-events: A latent class analysis based on the British Psychiatric Morbidity Survey. *British Journal of Clinical Psychology*, 46(3), 273-281. <https://doi.org/10.1348/014466506X150291>
- Skodol, A. E. (2018). Impact of personality pathology on psychosocial functioning. *Current opinion in psychology*, 21, 33-38. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.006>
- Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., & Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487-504. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487>
- Soeteman, D. I., Hakkaart-van Roijen, L., Verheul, R., & Busschbach, J. J. V. (2008). The Economic Burden of Personality Disorders in Mental Health Care. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(2), 259-265. <https://doi.org/10.4088/JCP.v69n0212>

- Spitzer, R. L., Endicott, J., & Gibbon, M. (1979). Crossing the border into borderline personality and borderline schizophrenia. The development of criteria. *Archives of general psychiatry*, 36(1), 17-24. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1979.01780010023001>
- Stefan, C., & Von, J. (1985). Suicide. En E. Button (Ed.), *Personal construct theory and mental health* (pp. 132-152). Croome Helm.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Border Line Group of Neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*, 7(4), 467-489. <https://doi.org/10.1080/21674086.1938.11925367>
- Stern, B. L., Caligor, E., Clarkin, J. F., Critchfield, K. L., Horz, S., MacCornack, V., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2010). Structured interview of personality organization (STIPO): Preliminary psychometrics in a clinical sample. *Journal of Personality Assessment*, 92(1), 35-44. <https://doi.org/10.1080/00223890903379308>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: a focused systematic review and meta-analysis. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*, 221(3), 538-552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Stoffers-Winterling, J., Storebø, O. J., & Lieb, K. (2020). Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder: an Update of Published, Unpublished and Ongoing Studies. *Current psychiatry reports*, 22(8), 37. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01164-1>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völlm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K., & Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane database of systematic reviews*, 5(5), CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>

- Suárez, V., & Feixas, G. (2020). Cognitive Conflict in Borderline Personality Disorder: A Study Protocol. *Behavioral Sciences*, 10(12), 180. <https://doi.org/10.3390/bs10120180>
- Swenson, C. R., & Choi-Kain, L. W. (2015). Mentalization and Dialectical Behavior Therapy. *American Journal of Psychotherapy*, 69(2), 199-217. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2015.69.2.199>
- 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](https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093)
- Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590>
- Trujillo, A. (2016). *Técnica de la rejilla interpersonal: un estudio de validación en población comunitaria* [Tesis doctoral]. Universidad de Barcelona.
- Trujillo, A., Feixas, G., Bados, A., García-Grau, E., Salla, M., Medina, J. C., Montesano, A., Soriano, J., Medeiros-Ferreira, L., Cañete, J., Corbella, S., Grau, A., Lana, F., & Evans, C. (2016). Psychometric properties of the Spanish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation - Outcome Measure. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 12, 1457-1466. <https://doi.org/10.2147/NDT.S103079>
- Trull, T. J., Freeman, L. K., Vebares, T. J., Choate, A. M., Helle, A. C., & Wycoff, A. M. (2018). Borderline personality disorder and substance use disorders: an updated review. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 5(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40479-018-0093-9>
- Trull, T. J., Jahng, S., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2010). Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance

dependence disorders. *Journal of personality disorders*, 24(4), 412-426.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.412>

Varlotta, N. (2006). Indicadores de conflicto cognitivo en la técnica de rejilla y su relación con el cuestionario sintomático SCL-90-R. En *Diploma de Estudios Avanzados*. Universitat de Barcelona.

Viliūnienė, R., Evans, C., Hilbig, J., Pakalniškienė, V., Danilevičiūtė, V., Laurinaitis, E., & Navickas, A. (2013). Translating the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM) into Lithuanian. *Nordic journal of psychiatry*, 67(5), 305-311. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.745599>

Walker, B. M. (2002). Nonvalidation vs (in)validation: Implications for theory and practice. En J. D. Raskin & S. Bridges (Eds.), *Studies in meaning: Exploring constructivist psychology*. Pace University Press.

White, L. (2014). *Borderline Personality Disorder: A Personal Construct Approach* (Vol. 1, Número March) [Tesis doctoral]. University of Hertfordshire .

Winter, D. (1992). *Personal construct psychology in clinical practice: Theory, research and applications*. Routledge.

Winter, D. A. (2015). The Continuing Clinical Relevance of Personal Construct Psychology. En *The Wiley Handbook of Personal Construct Psychology* (pp. 201-217). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118508275.ch17>

Winter, D. A., Bell, R. C., & Watson, S. (2010). Midpoint Ratings on Personal Constructs: Constriction or the Middle Way? *Journal of Constructivist Psychology*, 23(4), 337-356. <https://doi.org/10.1080/10720537.2010.502428>

Winter, D. A., Bhandari, S., Metcalfe, C., Riley, T., Sireling, L., Watson, S., & Lutwyche, G. (2000). Deliberate and undeliberated self-harm: theoretical basis and evaluation of a personal construct psychotherapy intervention. En J. W. Scheer (Ed.), *The*

*person in society: Challenges to a constructivist theor* (pp. 351-360). Psychosozial Verlag.

Winter, D. A., & Reed, N. (2015). *The Wiley Handbook of Personal Construct Psychology* (D. A. Winter & N. Reed, Eds.). Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118508275>

Winter, D. A., & Viney, L. L. (2005). *Personal Construct Psychotherapy: Advances in Theory, Practice and Research*. Whurr Publishers.

Winter, D., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Understanding Negative Self-Evaluations in Borderline Personality Disorder—a Review of Self-Related Cognitions, Emotions, and Motives. *Current Psychiatry Reports*, 19(3), 17. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0771-0>

Winter, D., & Procter, H. (2013). Formulation in personal and relational construct psychology: seeing the world through clients' eyes. En L. Johnstone & R. Dallos (Eds.), *Formulation in Psychology and Psychotherapy: Making sense of people's problems*. (pp. 145-172). Routledge.

Winter, D., Sireling, L., Riley, T., Metcalfe, C., Quaiter, A., & Bhandari, S. (2007). A controlled trial of personal construct psychotherapy for deliberate self-harm. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 80(1), 23-37. <https://doi.org/10.1348/147608306X102778>

Winter, D., Watson, S., Gillman-Smith, I., & Gilbert, N. (2003). Border crossing: A personal construct group therapy approach for clients with diagnosis of borderline personality disorder. En G. Chiari & M. L. Nuzzo (Eds.), *Psychological Constructivism and the Social World* (pp. 342-352). Francoangeli Editore.

Yorke, D. M. (1985). Indexes of Stability in Repertory Grids: a small-scale comparison. *British Educational Research Journal*, 11(3), 221-225. <https://doi.org/10.1080/0141192850110303>



- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. The Guilford Press.
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(5), 373-377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., DeLuca, C. J., Hennen, J., Khera, G. S., & Gunderson, J. G. (1998). The pain of being borderline: dysphoric states specific to borderline personality disorder. *Harvard review of psychiatry*, *6*(4), 201-207. <https://doi.org/10.3109/10673229809000330>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(2), 144-150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and Stability of Sustained Symptomatic Remission and Recovery Among Patients With Borderline Personality Disorder and Axis II Comparison Subjects: A 16-Year Prospective Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I., & McSweeney, L. B. (2007). The Subsyndromal Phenomenology of Borderline Personality Disorder: A 10-Year Follow-Up Study. *American Journal of Psychiatry*, *164*(6), 929-935. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.929>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Wedig, M. M., Conkey, L. C., & Fitzmaurice, G. M. (2014). Prediction of time-to-attainment of recovery for borderline patients followed prospectively for 16 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *130*(3), 205-213. <https://doi.org/10.1111/acps.12255>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Wedig, M. M., & Fitzmaurice, G. M. (2013). Cognitive experiences reported by patients with borderline personality disorder and

axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *The American journal of psychiatry*, 170(6), 671-679.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13010055>

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II Disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10-18.  
<https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1990). Discriminating borderline personality disorder from other axis II disorders. *The American journal of psychiatry*, 147(2), 161-167.  
<https://doi.org/10.1176/ajp.147.2.161>

Zlotnick, C., Rothschild, L., & Zimmerman, M. (2002). The Role of Gender in the Clinical Presentation of Patients with Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 16(3), 277-282. <https://doi.org/10.1521/pedi.16.3.277.22540>

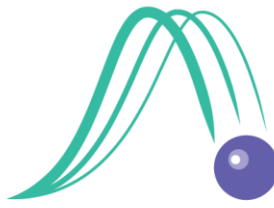
## 8 Anexos

### 8.1 Cuestionario de variables sociodemográficas

#### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Código participante:	Fecha:
Nombre completo:	
Sexo: <input type="checkbox"/> 1. Hombre <input type="checkbox"/> 2. Mujer	Estado Civil: <input type="checkbox"/> 1. Soltero <input type="checkbox"/> 2. Casado/en pareja <input type="checkbox"/> 3. Divorciado/Separado <input type="checkbox"/> 4. Viudo
Fecha nacimiento: _____ Edad: _____	
Tiene actualmente pareja: <input type="checkbox"/> 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No	
Duración de la relación (en años o si inferior a 1 año, especificar el número de meses): _____	Duración de la convivencia (en años o si inferior a 1 año, especificar el número de meses): _____
Nº hijos: _____	Últimos estudios realizados: <input type="checkbox"/> 1. Primarios <input type="checkbox"/> 2. Secundarios (2º Bup) <input type="checkbox"/> 3. Bachillerato o equivalente (3º Bup o COU) <input type="checkbox"/> 4. Superiores incompletos (especificar) _____ <input type="checkbox"/> 5. Superiores completos (especificar) _____ <input type="checkbox"/> 6. Otros _____
Profesión: _____	
Situación laboral: <input type="checkbox"/> 1. En activo jornada completa <input type="checkbox"/> 2. En activo media jornada <input type="checkbox"/> 3. En paro <input type="checkbox"/> 4. Baja temporal <input type="checkbox"/> 5. Incapacidad parcial <input type="checkbox"/> 6. Incapacidad permanente <input type="checkbox"/> 7. Jubilado	Ingresos: <input type="checkbox"/> 1. Trabajo remunerado <input type="checkbox"/> 2. Prestación desempleo (paro) <input type="checkbox"/> 3. Jubilación (pensión) <input type="checkbox"/> 4. Pensión incapacidad <input type="checkbox"/> 5. Otros
Diagnósticos anteriormente recibidos: _____	
Diagnóstico actual: _____	
Tratamiento actual: <input type="checkbox"/> 1. Médico de cabecera <input type="checkbox"/> 2. Psiquiatra <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo <input type="checkbox"/> 4. Grupos de apoyo (especificar): _____ <input type="checkbox"/> 5. Otros (especificar): _____	Tratamientos previos: <input type="checkbox"/> 1. Médico de cabecera <input type="checkbox"/> 2. Psiquiatra <input type="checkbox"/> 3. Psicólogo <input type="checkbox"/> 4. Grupos de apoyo (especificar): _____ <input type="checkbox"/> 5. Ingreso psiquiátrico: <input type="checkbox"/> 6. Otros (especificar): _____
¿Actualmente está recibiendo tratamiento psicofarmacológico? <input type="checkbox"/> 1. Sí <input type="checkbox"/> 2. No	
¿Actualmente hace uso de alguna sustancia adictiva? ¿En qué cantidad y con qué frecuencia?	
<input type="checkbox"/> 1. Tabaco _____ <input type="checkbox"/> 2. Alcohol _____ <input type="checkbox"/> 3. Cocaína _____ <input type="checkbox"/> 4. Cannabis _____ <input type="checkbox"/> 5. Anfetaminas _____ <input type="checkbox"/> 6. Heroína _____ <input type="checkbox"/> 7. Otros _____ <input type="checkbox"/> 8. No	
¿Considerando todos los aspectos, ¿qué grado de satisfacción tiene con su vida en general? En una escala del 1-10: _____	

## 8.2 CORE-SFB



SF-B

Código del centro:	<input type="text"/>	Fase actual	<input type="checkbox"/>
Código del cliente	<input type="text"/>	F Primera sesión de terapia	<input type="checkbox"/>
Nombre o código del psicoterapeuta	<input type="text"/>	D Durante terapia	<input type="checkbox"/>
Fecha	<input type="text"/>	L Última sesión de terapia	<input type="checkbox"/>
	<input type="text"/>	Sesión número	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	(primera sesión de terapia = 001)	

**IMPORTANTE. POR FAVOR LEA ESTO ANTES DE EMPEZAR EL TEST.**  
 A continuación encontrará 18 frases. Lea cada frase y piense con qué frecuencia usted se ha sentido así **durante los últimos siete días**.  
 Después marque la casilla que mejor lo refleje.

Durante los últimos siete días...		Nunca	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre o casi siempre	USO PROFESIONAL
1	Me he sentido muy sola y aislada	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
2	He tenido dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
3	Me he sentido optimista sobre mi futuro	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
4	Me he sentido totalmente sin energía ni entusiasmo	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
5	He hecho planes para acabar con mi vida	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
6	He tenido molestias, dolores y otros problemas físicos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
7	Me he sentido satisfecha con las cosas que he hecho	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
8	Me ha costado mucho hablar con la gente	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
9	Me he sentido bien conmigo misma	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> W
10	La tensión y la ansiedad me han impedido hacer cosas importantes	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
11	Me han inquietado pensamientos y sentimientos no deseados	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P
12	Me he sentido agobiada por mis problemas	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
13	He sentido que tenía a alguien en quien apoyarme cuando lo he necesitado	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
14	He tenido ganas de llorar	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> W
15	He amenazado o intimidado a otra persona	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> R
16	He sido capaz de hacer la mayoría de las cosas que tenía que hacer	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> F
17	He pensado que no tengo amigos	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> F
18	He pensado que yo tengo la culpa de mis problemas y dificultades	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> P

**Puntuación total**

**Puntuaciones medias**

(Puntuación total en cada apartado dividida entre el número de respuestas completadas en ese apartado)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
↓	↓	↓	↓	↓	↓
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
(W)	(P)	(F)	(R)	Todos los ítems	Todos menos R

### 8.3 TRI

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

	Yo ahora	Yo antes																		
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
1	Feliz																			
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				
11																				
12																				
13																				
14																				
15																				
16																				
17																				
18																				
19																				
20																				

**1.** Muy      **2.** Bastante      **3.** Un poco      **4.** Punto medio      **5.** Un poco      **6.** Bastante      **7.** Muy

## 8.4 Hoja de consentimiento informado



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Departament de Personalitat, Avaluació  
i Tractament Psicològics  
Facultat de Psicologia

Passeig Vall d'Hebron, 171  
08035 Barcelona

Tel. +34933125023  
Fax +34934021362

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

Declaro que se me ha ofrecido la posibilidad de participar en una investigación psicológica **“Análisis de constructos personales en el trastorno límite de la personalidad: relación con la gravedad y predicción del resultado terapéutico”**.

La participación en la investigación implica la realización de una serie de evaluaciones psicológicas mediante cuestionarios y entrevistas, y el acceso al historial clínico disponible en el centro de origen. La evaluación será conducida por evaluadores especializados relacionados con el Departament de Personalitat, Avaluació i Tractaments Psicològics de la UB.

He sido informado de que los datos obtenidos gracias a la evaluación y al historial clínico podrán ser utilizados como material de trabajo, únicamente con finalidades terapéuticas, didácticas y de investigación, garantizándose escrupulosamente en todo momento su confidencialidad.

Mi participación es libre y voluntaria, y puedo suspenderla en cualquier momento si así lo deseo.

De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales 3/2018 LOPD, los datos de este estudio y especialmente mis datos personales serán confidenciales y serán empleados únicamente a efectos de investigación. Asimismo, cuento con el derecho de ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación, dentro del ámbito de la citada ley.

Doy así mi consentimiento a participar en esta investigación y declaro que he recibido suficiente información sobre la investigación, sus objetivos y metodología, que he tenido la posibilidad de resolver cualquier duda al respecto y que he recibido una copia de este documento que he podido leer antes de firmar.

\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021

Firma del participante

Firma del profesional que ha dado la información

DNI:

DNI:

Firma:

Nombre:

## 8.5 Hoja de información del estudio para los participantes



UNIVERSITAT DE  
BARCELONA

Departament de Personalitat, Avaluació  
i Tractament Psicològics  
Facultat de Psicologia

Passeig Vall d'Hebron, 171  
08035 Barcelona

Tel. +34933125023  
Fax +34934021362

### INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES

**TÍTULO DEL ESTUDIO:** Análisis de constructos personales en el trastorno límite de la personalidad: relación con la gravedad y predicción del resultado terapéutico.

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Dr. Guillem Feixas, Universitat de Barcelona (tel. 93 312 5100).

**DOCTORANDO - INVESTIGADOR:** Víctor Suárez Aragonès

Estimado/a participante,

La investigación en el que le proponemos participar ha sido aprobada por el Comité de Ética de la Universitat de Barcelona y la dirección clínica de ITA; y tiene como principal objetivo estudiar los conflictos cognitivos en pacientes con TLP y su papel en el modelo explicativo de este trastorno. Para ello, los evaluadores voluntarios de la Universitat de Barcelona le pasarán una serie de cuestionarios que pretenden medir su perfil de personalidad, el grado de bienestar general que experimenta y sintomatología de ansiedad, estrés y depresión. Adicionalmente, se emplearán unas últimas herramientas psicométricas para evaluar la estructura cognitiva de personalidad. La administración de estas pruebas implica aproximadamente dos horas de duración y no supone ningún riesgo para usted.

Nuestra intención es tan sólo que reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportuno.

#### PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con los profesionales y voluntarios de la Universitat de Barcelona le evalúan.

#### 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 la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse a los responsables del estudio.

Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código. Sólo los investigadores de la Universitat de Barcelona responsables del estudio podrán analizar dichos datos.

Sólo se transmitirán a terceros y a otros países en publicaciones o comunicaciones científicas los datos recogidos para el estudio que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc. En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

No está prevista ninguna compensación económica por su participación en el estudio. Se agradece su generosidad por la donación de su tiempo y respuesta a las preguntas formuladas. A su vez, manifestarle que los investigadores y profesionales implicados haremos lo posible dentro de los procedimientos del protocolo de investigación para que su participación en el estudio redunde en una mejoría significativa en su malestar. La información recogida podrá estar a disposición de los profesionales de la salud del centro al que está vinculado para que así puedan utilizarse a su favor en su proceso terapéutico.

Si decide retirar el consentimiento para participar en este estudio, ningún dato nuevo será añadido a la base de datos y puede exigir la destrucción de todas las muestras identificables previamente retenidas para evitar la realización de nuevos análisis.

Le agradecemos por anticipado el tiempo dedicado.

Guillem Feixas Viaplana  
Investigador principal  
*Universitat de Barcelona*



