



UNIVERSITAT DE VIC  
UNIVERSITAT CENTRAL  
DE CATALUNYA

# **LA EFECTIVIDAD DE LAS HABILIDADES CENTRALES DE LA TERAPIA DIALÉCTICA CONDUCTUAL Y LOS MECANISMOS DE CAMBIO EN INDIVIDUOS CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

*JAUME CIURANS BARRI*

**Trabajo de Fin de Máster  
Tutora: Anna Casellas Grau  
Máster Universitario en Psicología General Sanitaria  
Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya  
Vic, 17 de Mayo de 2021**

# ÍNDICE

Resumen .....	1
Abstract .....	2
1. Introducción .....	3
1.1. Presentación .....	3
1.2. Marco teórico .....	5
1.2.1. Trastornos de la personalidad .....	5
1.2.2. Trastorno límite de la personalidad .....	6
1.2.2.1. Concepto y manifestaciones clínicas .....	6
1.2.2.2. Etiología .....	7
1.2.2.3. Epidemiología, curso clínico y pronóstico .....	8
1.2.2.4. Comorbilidad .....	9
1.2.3. Psicoterapias para el TLP .....	9
1.2.3.1. Terapias psicodinámicas para el TLP .....	10
1.2.3.2. Terapias cognitivo-conductuales para el TLP .....	11
1.2.4. Entrenamiento en habilidades DBT .....	12
1.2.5. Mecanismos de cambio en la DBT y la DBT-ST .....	14
1.2.5.1. Aumento de la conciencia y la aceptación de la emoción ....	14
1.2.5.2. Aumento del control atencional .....	15
1.2.5.3. Aumento de la capacidad de modular la emoción .....	15
1.2.5.4. Aumento del uso de habilidades de afrontamiento adaptativas .....	15
2. Objetivos .....	16
2.1. Principales .....	16
2.2. Secundarios .....	16
3. Hipótesis .....	17

4. Método .....	17
4.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	17
4.2. Criterios de selección del estudio .....	18
4.2.1. Tipos de estudios .....	18
4.2.2. Tipos de participantes .....	18
4.2.3. Tipos de intervenciones de la Terapia Dialéctica Conductual .....	18
4.3. Métodos de revisión .....	19
5. Resultados .....	20
5.1. Características de los estudios .....	20
5.2. Contenido de los estudios .....	20
5.2.1. Abandono del tratamiento .....	20
5.2.2. Utilización de la asistencia sanitaria .....	26
5.2.3. Habilidades de afrontamiento .....	26
5.2.3.1. Mindfulness .....	26
5.2.3.2. Tolerancia al malestar .....	26
5.2.3.3. Regulación emocional .....	27
5.2.3.4. Efectividad interpersonal .....	27
5.2.4. Sintomatología del trastorno límite de la personalidad .....	27
5.2.4.1. Conductas suicidas y autolesiones sin finalidad autolítica .....	28
5.2.4.2. Ira .....	28
5.2.4.3. Inestabilidad afectiva .....	28
5.2.4.4. Impulsividad .....	29
5.2.4.5. Sentimientos de vacío .....	29
5.2.5. Dificultades en la regulación emocional y malestar de los síntomas .....	29
5.2.6. Psicopatología general .....	29
5.2.6.1. Psicoticismo .....	30
5.2.6.2. Irritabilidad .....	30
5.2.6.3. Depresión .....	30
5.2.6.4. Ansiedad .....	30

5.2.7. Desesperanza, ideación suicida y razones para vivir .....	31
5.2.8. Vergüenza .....	31
5.2.9. Funcionamiento y adaptación social .....	31
6. Discusión .....	32
7. Limitaciones .....	36
8. Conclusiones .....	37
9. Bibliografía .....	39

## Resumen

**Objetivo:** Sintetizar la evidencia actualizada sobre la efectividad del entrenamiento en habilidades de la terapia dialéctica conductual como tratamiento independiente y sus habilidades nucleares en individuos diagnosticados con trastorno límite de la personalidad, así como también examinar los posibles mecanismos de cambio asociados.

**Método:** En esta revisión sistemática, la búsqueda bibliográfica se realizó en las bases de datos electrónicas PsycINFO, Web of Science, Pubmed y Scopus utilizando la siguiente secuencia: [(“dialectical behavio\* therapy” OR DBT) AND skills AND (“borderline personality disorder” OR BPD)]. Siguiendo la guía metodológica PRISMA, los artículos se seleccionaron a partir del título, el resumen y el texto completo. La combinación del entrenamiento en habilidades junto con el uso de la supervisión del equipo terapéutico, la gestión de casos manualizada y el tratamiento habitual fue aceptada. Paralelamente, aquellos estudios en los que los participantes recibieron al menos un módulo del entrenamiento en habilidades, también se incluyeron en la revisión.

**Resultados:** Se identificaron 11 estudios que empleaban un tratamiento que incluía el entrenamiento en habilidades en ausencia de las modalidades: terapia individual concurrente o coaching telefónico. Del conjunto de los resultados, podemos sugerir que el entrenamiento en habilidades es efectivo para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad, en vista de que conduce a reducciones en: los síntomas del trastorno, la psicopatología general, las dificultades de regulación emocional y la desesperanza. Asimismo, genera un incremento en todas las habilidades de afrontamiento, como también produce mejoras en el funcionamiento, la adaptación social y la recuperación individual. Sin embargo, no es suficiente para abordar: el abandono del tratamiento, las autolesiones sin finalidad autolítica, las conductas suicidas y la vergüenza.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos constatan que la implementación del entrenamiento en habilidades en personas con trastorno límite de la personalidad es eficaz en: (1) la mejora de la sintomatología del trastorno límite de la personalidad y la psicopatología general, (2) mantener el abandono del tratamiento dentro del rango de la terapia dialéctica conductual estándar, (3) disminuir la utilización de la asistencia sanitaria, (4) mostrar superioridad como intervención para las dificultades en la regulación emocional en contraste con la terapia dialéctica conductual estándar, (5) fomentar las habilidades de *mindfulness* y tolerancia al malestar como posibles mecanismos de cambio más significativos en comparación con la efectividad interpersonal y la regulación emocional, y (6) suscitar la aceptación sin juicio como la faceta que se efectúa más significativamente en relación con la habilidad de *mindfulness*. Se plantean futuras investigaciones para contemplar la adecuación de reforzar el aprendizaje de las habilidades de *mindfulness* y tolerancia al malestar.

**Palabras clave:** terapia dialéctica conductual; trastorno límite de la personalidad; entrenamiento en habilidades; mecanismos de cambio; revisión sistemática

## Abstract

**Objective:** To synthesize current evidence on the effectiveness of dialectical behavior therapy skills training as a stand-alone treatment and its core skills in individuals diagnosed with borderline personality disorder, as well as to examine possible associated mechanisms of change.

**Method:** In this systematic review, the literature search was conducted in the electronic databases PsycINFO, Web of Science, Pubmed and Scopus using the following sequence: [("dialectical behavior therapy" OR DBT) AND skills AND ("borderline personality disorder" OR BPD)]. Following the PRISMA methodological guide, articles were selected on the basis of title, abstract and full text. The combination of skills training together with the use of therapeutic team supervision, manualized case management and treatment as usual was accepted. In parallel, those studies in which participants received at least one module of skills training were also included in the review.

**Results:** 11 studies were identified that employed a treatment that included skills training in the absence of the modalities: concurrent individual therapy or phone coaching. From the results as a whole, we can suggest that skills training is effective in the treatment of borderline personality disorder, as it leads to reductions in: symptoms of the disorder, general psychopathology, emotional regulation difficulties and hopelessness. It also leads to increases in all coping skills, as well as improvements in functioning, social adjustment and individual recovery. However, it is not sufficient to address: treatment dropout, nonsuicidal self-injury, suicidal behaviors and shame.

**Conclusions:** The results obtained show that the implementation of skills training in people with borderline personality disorder is effective in: (1) improving borderline personality disorder symptomatology and general psychopathology, (2) keeping treatment dropout within the range of standard dialectical behavior therapy, (3) decreasing health care utilization, (4) showing superiority as an intervention for difficulties in emotional regulation in contrast to standard dialectical behavior therapy, (5) foster mindfulness and distress tolerance skills as possibly more significant change mechanisms in comparison to interpersonal effectiveness and emotional regulation, and (6) elicit acceptance without judgment as the facet that is most significantly effected in relation to mindfulness skill. Future research is proposed to address the appropriateness of reinforcing the learning of mindfulness and distress tolerance skills.

**Keywords:** dialectical behavioral therapy; borderline personality disorder; skills training; mechanisms of change; systematic review

# **1. Introducción**

## **1.1. Presentación**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno psiquiátrico severo, caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos (American Psychiatric Association [APA], 2013). En estudios epidemiológicos de adultos, las prevalencias del TLP afectan entre el 1,6 y el 5,9% de la población general (Grant et al., 2008; Torgersen et al., 2001). Asimismo, la ocurrencia de las autolesiones sucede entre el 70% y el 75% de los individuos con TLP (Gunderson, 2001), presentando a su vez tasas de mortalidad de suicidio entre el 8% y el 10% (Oldham, 2006). Por consiguiente, se asocia a graves deficiencias funcionales y a un alto nivel de utilización de la asistencia sanitaria, conllevando un alto coste para la comunidad (Soeteman et al., 2008).

Existe una amplia diversidad de enfoques psicoterapéuticos para el abordaje de este trastorno, sin embargo, la terapia dialéctica conductual (TDC; *DBT*, siglas en inglés) es el único tratamiento con suficiente replicación sobre la base de ensayos clínicos aleatorizados para ser considerado basado en la evidencia (Stoffers et al., 2012). Según la teoría biosocial de Linehan (1993a), el TLP se desarrolla como resultado de la interacción entre una alta vulnerabilidad biológica a los estímulos emocionales y la presencia de un ambiente invalidante. En tal sentido, el procedimiento de la DBT estándar (TDC-S; *Standard DBT*, siglas en inglés) incluye cuatro modos de intervención (Linehan, 1993a, 1993b): psicoterapia individual (TDC-I; *DBT-I*, siglas en inglés), entrenamiento en habilidades (TDC-EH; *DBT-ST*, siglas en inglés), soporte telefónico y reuniones de supervisión del equipo terapéutico. La DBT-I consiste en una sesión semanal de aproximadamente una hora cuyo objetivo es mejorar la motivación para el cambio de los pacientes y ayudarles a aplicar las habilidades a acontecimientos específicos de sus vidas. El componente grupal DBT-ST consiste en aproximadamente dos horas y media a la semana de entrenamiento en habilidades, y está orientado a aumentar las capacidades conductuales. La modalidad de soporte telefónico, disponible dentro de los límites del terapeuta cuando sea necesario durante y después del horario de trabajo, se centra en: la generalización de las habilidades a la vida cotidiana, en la preservación de la relación terapéutica y en el aprendizaje de pedir ayuda. En último término, las reuniones de supervisión del equipo terapéutico se realizan una hora a la semana. Se dirigen a ayudar a los terapeutas a monitorizar su adherencia al tratamiento, desarrollar sus habilidades,

mantener su motivación para trabajar con clientes de alto riesgo y prevenir el burnout.

No obstante, la naturaleza multimodal y exhaustiva de la terapia implica que los sistemas públicos de salud suelen carecer de recursos para desarrollar y mantener programas de DBT (Carmel et al., 2014; National Collaborating Centre for Mental Health [NCCMH], 2009). Con el fin de reducir costes, se desglosa la Standard DBT a la implementación de DBT-ST como tratamiento independiente, donde observamos su aplicación de forma no sistemática en diversos entornos clínicos a pesar de la escasez de evidencia empírica sobre su eficacia (Dimeff y Koerner, 2007). Concretamente, la DBT-ST consiste en cuatro módulos: (1) habilidades de *mindfulness*, enfocadas en desplegar estratégicamente el control atencional; (2) habilidades de efectividad interpersonal, que ayudan a los clientes a aprender a responder eficazmente a las demandas y conflictos interpersonales; (3) habilidades de regulación emocional, las cuales enseñan a los clientes a identificar e influir en las emociones provocadas por el entorno; (4) habilidades de tolerancia al malestar, que promueven la identificación de las situaciones de crisis y a experimentar emociones negativas intensas, al tiempo que se inhiben los comportamientos disfuncionales que podrían empeorar la situación (Linehan, 1993b). De este modo, las habilidades de efectividad interpersonal y regulación emocional buscan cambiar las respuestas emocionales desadaptativas, mientras que el *mindfulness* y la tolerancia al malestar apuntan a fomentar la aceptación (Linehan, 2014).

Concomitantemente, existe un creciente interés hasta la fecha por comprender los mecanismos de cambio específicos en la DBT, donde se concede especial atención a los grupos de habilidades de la DBT-ST, con el fin de poder explicar cómo y por qué una intervención conduce al cambio (Boritz et al., 2017; Lynch et al., 2006). Al respecto, se utiliza con frecuencia la identificación de mediadores estadísticamente significativos, aunque estos sugieren un proceso crítico sobre por qué se produce un cambio, pero no sobre cómo se produce (Kazdin, 2009). Cuando se adquiere esta información, se aumenta la capacidad de optimizar los ingredientes activos de los tratamientos que se ofrecen, adaptarlos a entornos del mundo real y personalizarlos para que se ajusten a las necesidades de clientes específicos (Kazdin, 2007).

De acuerdo con la línea de investigación vigente mencionada anteriormente, el objetivo de esta revisión sistemática es sintetizar la evidencia actualizada sobre la efectividad de la DBT-ST como tratamiento independiente y sus habilidades nucleares en individuos diagnosticados con TLP, así como también examinar los posibles mecanismos de cambio asociados.

## **1.2. Marco teórico**

### **1.2.1. Trastornos de la personalidad**

Los trastornos de la personalidad (TP) son patrones permanentes de experiencias internas y de comportamientos que se desvían notablemente de las expectativas de la cultura del individuo; se trata de unos fenómenos generalizados e inflexibles, estables en el tiempo y de larga duración, que tienen su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana causando un deterioro clínicamente significativo en el funcionamiento social, laboral u otras áreas importantes (APA, 2013). Estas tendencias se manifiestan en dos (o más) de los ámbitos siguientes: cognición, afectividad, funcionamiento interpersonal y control de los impulsos (Tyrer et al., 2015). A tal efecto, los investigadores han documentado deficiencias cognitivas (Hopwood et al., 2013), deterioros y discapacidades físicas (Powers y Oltmanns, 2012), comorbilidad recurrente (Shea et al., 2004) y conductas frecuentes de búsqueda de ayuda (Jackson y Burgess, 2002) en adultos con TP. Por lo tanto, los adultos que cumplen los criterios de estos trastornos suelen ser muy difíciles de tratar y utilizan una cantidad significativa de recursos (Preti et al., 2010). Precisamente, varios estudios apuntan a las dificultades para gestionar las emociones como una de las características principales de los TP. Trull et al. (2010) descubrieron que los adultos que cumplían los criterios de los TP tenían más problemas emocionales que interferían con su salud general, mayores cantidades de estrés percibido y un apoyo social significativamente menor. Harford et al. (2013) también encontraron correlaciones significativas entre el cumplimiento de los criterios de un TP y varios trastornos afectivos como la fobia social, la depresión mayor o el trastorno de ansiedad generalizada. Además, las altas tasas de conductas suicidas en adultos que cumplen los criterios de los TP (Trull et al., 2010) también sugieren posibles problemas para gestionar las emociones (Klonsky, 2007).

En el marco de su clasificación, se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los TP paranoide, esquizoide y esquizotípico: las personas con estos trastornos suelen mostrarse raras o excéntricas. El grupo B se compone de los TP antisocial, límite, histriónico y narcisista: los individuos de este clúster se caracterizan por ser excesivamente dramáticos, emocionales o erráticos. El grupo C aglutina los TP evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo: los sujetos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos (APA, 2013; Skodol et al., 2011). Cabe mencionar que este sistema de clasificación, aunque es útil en algunos contextos de investigación y docencia, tiene serias limitaciones y no ha sido validado de forma consistente (Tyrer et al., 2011). Fundamentalmente, el resultado de disponer de un enfoque politético es la diseminación de numerosos subtipos

mediante la existencia de múltiples formas de cumplir los diagnósticos de los TP. Adicionalmente, Frances (2013) y Kraemer et al. (2012) exponen otros problemas que presenta el modelo categorial en los TP: 1) ajuste limitado entre pacientes y prototipos; 2) solapamiento de los criterios propuestos entre diversas categorías y otros trastornos mentales; 3) baja fiabilidad temporal y entre evaluadores; 4) pobre validez diagnóstica; y 5) poca utilidad para el tratamiento.

## **1.2.2. Trastorno límite de la personalidad**

### **1.2.2.1. Concepto y manifestaciones clínicas**

El TLP es un trastorno mental común definido por graves deficiencias funcionales asociadas a un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos (APA, 2013; Leichsenring et al., 2011). De acuerdo con la organización propuesta por Lieb et al. (2004), los criterios se asignan en cuatro esferas relativas a la psicopatología con la intención de que los pacientes que manifiestan síntomas en todas las áreas simultáneamente puedan ser discriminados adecuadamente de aquellos con otras formas de TP:

La primera área es la alteración afectiva (Jazaieri et al., 2013). Los pacientes con TLP presentan una serie de episodios intensos de disforia que incluyen rabia, pena, vergüenza, pánico, terror, sentimientos crónicos de vacío y soledad (Zanarini et al., 1998). Según Lieb et al. (2004), los individuos se distinguen de otros grupos por el grado general de su dolor emocional multifacético. Otro aspecto es la reactividad notable del estado de ánimo; los pacientes suelen pasar de un estado de ánimo reactivo a otro ante estresores interpersonales, con gran rapidez y fluidez, experimentando diversos estados disfóricos y períodos de eutimia en el transcurso de un día (Ebner-Priemer et al., 2007).

La segunda es la alteración de la cognición, donde el estudio de Schroeder et al. (2013) describe tres niveles de sintomatología cognitiva: (1) ideas sobrevaloradas referentes a ser despreciable y experiencias de disociación en términos de despersonalización o desrealización; (2) ideación paranoide transitoria; (3) delirios y alucinaciones, particularmente en el contexto de la depresión psicótica.

La tercera es la impulsividad, en la cual los pacientes incurren en dos tipos potencialmente perjudiciales: los actos autodestructivos deliberados y las formas más generales de impulsividad (Critchfield et al., 2004; Lawrence et al., 2010). La automutilación, la comunicación suicida y los intentos de suicidio son los elementos constitutivos de la primera agrupación (Critchfield et al., 2004), mientras que las formas más comunes del segundo son el abuso de sustancias, la conducción temeraria, las explosiones verbales, darse atracones de comida y mantener relaciones sexuales sin protección (Leichsenring et al., 2011).

La cuarta es la intensa inestabilidad de las relaciones, que se caracteriza por dos tipos de problemas distintos pero interrelacionados (Lieb et al., 2004). El primero es un profundo miedo al abandono, que tiende a manifestarse en esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado, por ejemplo, llamando o aferrándose físicamente a las personas (Palihawadana et al., 2019). El segundo es una cualidad caótica en las relaciones cercanas, que se caracterizan por discusiones frecuentes, rupturas repetidas y dependencia de una serie de estrategias desadaptativas que pueden enfurecer y asustar a los demás, por ejemplo, respuestas muy emocionales o impredecibles (Lazarus et al., 2014).

### **1.2.2.2. Etiología**

La causa del TLP es compleja, con varios factores que interactúan de diversas maneras entre sí. Por esta razón no disponemos de la integración de toda la evidencia empírica en forma de modelo etiopatogénico. Los factores genéticos y las experiencias adversas en la infancia pueden causar desregulación emocional e impulsividad, lo que conduce a conductas disfuncionales, conflictos y déficits psicosociales, que a su vez pueden reforzar la desregulación emocional y la impulsividad (Skodol et al., 2002). En tal sentido, se estima la heredabilidad de la desregulación emocional en un 47% (Livesley et al., 1998; Skodol et al., 2002). Paralelamente, los datos sobre el papel de los factores genéticos son escasos. En un estudio de gemelos basado en los criterios del DSM-IV, se observaron tasas de concordancia para el TLP del 35% y el 7% en parejas de gemelos monocigóticos y dicigóticos, respectivamente, lo que sugiere un fuerte efecto genético en el desarrollo del trastorno (Torgersen et al., 2000). Del mismo modo, varios tipos de eventos adversos durante la infancia, incluyendo experiencias continuas de negligencia y abuso, son reportadas por muchos pacientes (Zanarini et al., 1989). El más frecuente es el abuso sexual en la infancia, el cual es mencionado por el 40-71% de los pacientes con TLP (Herman et al., 1989) y que también se ha relacionado con la gravedad de la psicopatología TLP (Zanarini et al., 2002). Otros factores de la infancia se han considerado importantes en el desarrollo del trastorno, aunque existe ligera evidencia empírica, en particular las dificultades para conseguir relaciones de apego estables (Levy, 2005). Sin embargo, en un estudio sobre

los estilos de apego de los pacientes con TLP, se observa que estos individuos informan de una mayor preocupación por la pérdida de su figura de apego primario (West et al., 1993).

### **1.2.2.3. Epidemiología, curso clínico y pronóstico**

Según Molina et al. (2004), entre el 30 y el 60% de los pacientes con TP tienen TLP. En términos generales, se estima que su prevalencia oscila entre el 1,6 y el 5,9% de la población general, alrededor del 6% en atención primaria, el 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y el 20% en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (APA, 2013). Respecto a la distribución por sexos, no hay evidencia de que el TLP sea más frecuente en las mujeres (Grant et al., 2008). En contraste, Widiger y Weissman (1991) mostraron discrepancias ya que en sus resultados el trastorno era más común en las mujeres que en los hombres (alrededor del 70% y el 30%, respectivamente). Cuando se realiza el diagnóstico, se observa una tendencia a la pertinencia de grupos de nivel socioeconómico medio y una edad en torno a los 19-34 años (Swartz et al., 1990).

En relación con el curso clínico de los pacientes con TLP, aunque es más estable que el trastorno depresivo mayor (TDM), el TLP parece ser menos estable a lo largo del tiempo que lo esperado para los TP (Skodol et al., 2005; Zanarini et al., 2006). Se han notificado altas tasas de remisión tanto en los estudios longitudinales a corto como a largo plazo (Zanarini et al., 2006). De hecho, la tasa de remisión no parece verse afectada por el TDM. Por el contrario, la tasa de remisión del TDM parece reducirse significativamente por la coexistencia del TLP (Gunderson et al., 2004). Por una parte, los rasgos afectivos (p. ej., ira, ansiedad, depresión) a la par con los rasgos interpersonales indicativos de abandono son estables, mientras que los síntomas impulsivos (p. ej., intentos de suicidio, autolesiones) y los rasgos interpersonales indicativos de regresiones al tratamiento son los menos constantes (Zanarini et al., 2007). En particular, estos atributos disminuyen con el tiempo y este proceso parece estar afectado en parte por el temperamento (Zanarini et al., 2007). En consecuencia, los TP como el TLP, se correlacionan más entre sí y se diferencian menos como trastornos individuales (Sanislow et al., 2009). Por otra parte, los cambios en los rasgos de personalidad (definidos por el modelo de cinco factores) parecen ir seguidos de cambios en la psicopatología del TLP, pero no a la inversa (Warner et al., 2005). Los rasgos son más inestables en los pacientes con TLP que en los pacientes con otros TP, lo que indica una "inestabilidad estable" (Hopwood et al., 2009). Los datos de la mayoría de los estudios muestran que los pacientes con TLP no tienen un riesgo superior a la media de padecer trastorno bipolar (Paris et al., 2007).

Concerniente al pronóstico, hay investigaciones que cuestionan la estabilidad del diagnóstico y la intensidad sintomatológica (Paris et al., 1987; Plakun et al., 1985; Seivewright et al., 2002; Zanarini et al., 2003). Los estudios de Seivewright et al. (2002) y Zanarini et al. (2003) exponen la variabilidad de la evolución de los pacientes con TLP, al mismo tiempo que hallan que a partir de los cuarenta o cincuenta años se alcanza una inclinación a la mejoría mediante la estabilidad en el funcionamiento laboral, así como también en las relaciones personales. Por añadidura, existen resultados semejantes en estudios longitudinales a 15 años (Paris et al., 1987; Plakun et al., 1985), donde exhiben una evolución general favorable con dificultades moderadas, pero dentro del rango de la normalidad.

#### **1.2.2.4. Comorbilidad**

El TLP se asocia regularmente con trastornos comórbidos del eje I y del eje II (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007; Skodol et al., 2005). El 84,5% de los pacientes con TLP cumplen los criterios para tener uno o más trastornos del eje I a lo largo de 12 meses, y el 73,9% cumple criterios de otro trastorno del eje II a lo largo de la vida (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007). Igualmente, se asocia con mayor frecuencia con los trastornos del estado de ánimo, los trastornos de ansiedad y los trastornos con el abuso de sustancias (Grant et al., 2008; Lenzenweger et al., 2007; Skodol et al., 2005). Con una prevalencia de por vida del 39,2%, el trastorno de estrés postraumático es común pero no universal en los pacientes con TLP (Grant et al., 2008). Además, el estudio de Grant et al. (2008) reportó que, en cuanto a los trastornos mentales comórbidos, se exhiben diferencias entre mujeres y hombres con TLP: los trastornos asociados al consumo de sustancias son más comunes en los hombres y los trastornos alimentarios son más comunes en las mujeres.

#### **1.2.3. Psicoterapias para el TLP**

La psicoterapia se considera el principal tratamiento para TLP (APA, 2001). Una de las razones es la limitada eficacia de la farmacoterapia para el TLP (Zanarini, 2004); la mayoría de los tipos de medicación psicotrópica se asocian con niveles modestos de reducción de los síntomas en varias áreas de la psicopatología del trastorno. En la actualidad, se ha comprobado que hay cuatro formas de psicoterapia exhaustiva e integral que son eficaces para tratar a las personas con TLP (Bateman y Fonagy, 2004; Choi-Kain et al., 2017; Kernberg et al., 1989; Linehan, 1993a; Young et al., 2003). Dos de estas formas de tratamiento manualizadas se consideran de naturaleza psicodinámica (Bateman y Fonagy, 2004; Kernberg et al., 1989) y dos se consideran de naturaleza cognitivo-conductual (Linehan, 1993a; Young et al., 2003).

### **1.2.3.1. Terapias psicodinámicas para el TLP**

Por un lado, Bateman y Fonagy (2004) desarrollaron la terapia basada en la mentalización (TBM; *MBT*, siglas en inglés) para pacientes con TLP. Este tratamiento tiene como objetivo aumentar la curiosidad de los pacientes y su habilidad para identificar sus propios sentimientos y pensamientos, así como también los de otras personas. Especulan que esta dificultad en la mentalización surge debido a las dificultades en el apego temprano. Este tratamiento manualizado se aplicó por primera vez en un hospital de día en comparación con la atención psiquiátrica estándar, obteniendo resultados significativamente mejores en las conductas autolíticas y autolesivas, los días de hospitalización, el uso de medicamentos psicotrópicos, el funcionamiento psicosocial, y los síntomas de ansiedad y depresión (Bateman y Fonagy, 1999). Más recientemente, Bateman y Fonagy (2009) evaluaron la MBT en un entorno de psicoterapia ambulatoria. Los resultados preliminares indicaron que este tratamiento parece ser superior al tratamiento habitual en algunos aspectos, pero ambos tratamientos estructurados son útiles para quienes padecen TLP.

Por otro lado, la psicoterapia focalizada en la transferencia (TFT; *TFP*, siglas en inglés) se basa en la conceptualización de Kernberg et al. (1989) del problema central del TLP. Sugieren que el exceso de agresión temprana ha llevado al niño o niña a dividir sus imágenes positivas y negativas de sí mismo y de su madre, que le dificultan desarrollar una visión más realista de sí mismo y de los demás (Kernberg, 1985). El objetivo principal de la TFP es reducir la sintomatología y el comportamiento autodestructivo a través de la modificación de las representaciones del yo y de los demás, juntamente con las siguientes técnicas: las aclaraciones, las confrontaciones y las interpretaciones (Kernberg, 1989). Clarkin et al. (2007) realizaron un ensayo de TFP en pacientes ambulatorios con TLP. Los pacientes mostraron un cambio positivo en la depresión, la ansiedad, el funcionamiento global y social durante un año de tratamiento. También se asoció la TFP con la mejora de la suicidalidad, la ira, las facetas de la impulsividad, la irritabilidad, la agresión verbal y la agresión directa. Además, en otro estudio (Levy et al., 2006), se descubrió que la TFP se asoció con una mejora significativamente mayor que los tratamientos de comparación en dos áreas importantes desde el punto de vista psicodinámico: mayor seguridad en el apego y mayor capacidad de reflexión.

### **1.2.3.2. Terapias cognitivo-conductuales para el TLP**

La terapia centrada en esquemas (TCE; *SFT*, siglas en inglés) se basa en el trabajo de Young et al. (2003). Consideran que los pacientes con TLP tienen cuatro esquemas de vida disfuncionales que mantienen su psicopatología y disfunción: el protector desapegado, el padre punitivo, el niño abandonado o maltratado, y el niño enojado o impulsivo. El cambio se logra mediante una serie de técnicas conductuales, cognitivas y experienciales que se centran en la relación terapéutica, la vida cotidiana fuera de la terapia y las experiencias pasadas (incluidas las traumáticas). La recuperación en la *SFT* se logra cuando los esquemas disfuncionales dejan de controlar la vida del paciente. La *SFT* se comparó con la *TFP* en cuatro centros comunitarios de salud mental (Giesen-Bloo et al., 2006). Se encontraron mejoras estadística y clínicamente significativas en ambos grupos de tratamiento en la psicopatología del TLP, psicopatología general, calidad de vida y conceptos de personalidad *SFT* / *TFP*. También se encontró que los individuos que recibieron *SFT* obtuvieron resultados significativamente mejores que los tratados con *TFP* en cada uno de estos resultados. Además, se halló que aquellos tratados con *SFT* mostraban una reducción significativamente mayor de la gravedad de los síntomas en seis de los nueve criterios del *DSM-IV* para el TLP (cada uno de los síntomas de naturaleza cognitiva, impulsiva e interpersonal): alteración de la identidad, disociación / paranoia, actos físicamente autodestructivos, temores de abandono y relaciones caóticas. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre grupos en ninguno de los tres criterios afectivos del *DSM-IV* para el TLP: ira, vacío o mal humor. Por último, Giesen-Bloo et al. (2006) observaron que la *SFT* se asoció con una tasa de retención significativamente mayor.

La *DBT* es una terapia estructurada que se diseñó inicialmente para el tratamiento de individuos crónicamente suicidas con TLP (Linehan, 1993a). Es un tratamiento integral que combina enfoques cognitivo-conductuales con prácticas basadas en la aceptación encarnadas por el budismo zen (Linehan, 1993a). En efecto, la dialéctica fundamental consiste en lograr un equilibrio entre el cambio y la aceptación; se anima a los individuos, por un lado, a reconocer y aceptar la experiencia emocional y, por el otro, a utilizar habilidades para reducir las emociones intensas, como también cambiar las respuestas problemáticas (Linehan, 1993a; McMMain et al., 2001). Según la teoría biosocial de Linehan (1993a), el desarrollo del TLP pueden atribuirse a la combinación entre vulnerabilidades biológicas innatas y un entorno invalidante. Asimismo, se apunta a la desregulación emocional como la característica principal del TLP, que alimenta tanto la impulsividad como la inestabilidad interpersonal (Linehan, 1993a). Así pues, existe una fuerte evidencia que apoya el uso de la *DBT* en el TLP (Stoffers et al., 2012) en adultos y adolescentes suicidas (por ejemplo, Mehlum et al., 2014). Para este fin, el

terapeuta de DBT mantiene un enfoque claro en cada sesión siguiendo una jerarquía estándar de prioridades en relación con los objetivos de tratamiento (Linehan, 2014): (a) disminuir las conductas que amenazan la vida y otras conductas autolesivas; (b) disminuir las conductas que interfieren con el tratamiento; (c) disminuir las conductas graves que interfieren con la calidad de vida; y (d) aumentar el conocimiento y la realización de conductas hábiles. De acuerdo con esta premisa, se propone que la terapia debe abordar cuatro funciones (Robins y Chapman, 2004): (a) ayudar al paciente a desarrollar nuevas habilidades; (b) abordar los obstáculos motivacionales para el uso de las habilidades; (c) ayudar al paciente a generalizar lo que aprende a su vida diaria; y (d) mantener a los terapeutas motivados y capacitados. En la Standard DBT, estas cuatro funciones se abordan principalmente a través de cuatro modos diferentes de tratamiento (Linehan, 1993a, 1993b): DBT-I, DBT-ST, soporte telefónico y reuniones de supervisión del equipo terapéutico. A través de esta intervención, hubo investigaciones que reportaron menos conductas parasuicidas (Verheul et al., 2003), menos ira, un mejor funcionamiento social (Linehan et al., 1993), como también menos días de hospitalización psiquiátrica, visitas a urgencias y abandono del tratamiento (Linehan et al., 2006).

#### **1.2.4. Entrenamiento en habilidades DBT**

La DBT-ST consiste en cuatro módulos (*mindfulness*, regulación emocional, tolerancia al malestar y efectividad interpersonal) que se dirigen a áreas específicas de desregulación (Linehan, 1993b). El objetivo de la efectividad interpersonal y las habilidades de regulación emocional es cambiar las conductas y las respuestas emocionales desadaptativas, mientras que el propósito del *mindfulness* y la tolerancia al malestar es fomentar la aceptación (Linehan, 2014). Varios estudios han demostrado que el *mindfulness* y la tolerancia al malestar son las dos habilidades de la DBT-ST que más practican los pacientes, lo que indica una preferencia por las habilidades orientadas a la aceptación frente a las orientadas al cambio (Lindenboim et al., 2007; Stepp et al., 2008).

Entre las diversas habilidades que se enseñan en la DBT-ST, el *mindfulness* se ha definido como una habilidad central (Linehan, 1993b), lo que le otorga un papel primordial en la DBT (Linehan, 1993b, 2014). La mayoría de las definiciones afirman que la atención plena implica una conciencia centrada en el presente combinada con una actitud de aceptación y apertura, que es opuesta a la tendencia de juzgar y evaluar la experiencia (Kabat-Zinn, 2003; Linehan, 2014). Desde la perspectiva de la DBT-ST, la meta general del entrenamiento en *mindfulness* es adquirir un estado de participación con conciencia (Linehan, 2014). Para ello, se enseñan diferentes conjuntos de habilidades, etiquetadas como habilidades de “qué” y “cómo” (Linehan, 1993b,

2014). Las habilidades del “qué” están orientadas a entrenar a los pacientes en lo que deben hacer al practicar *mindfulness* (es decir, observar, describir y participar), mientras que las habilidades del “cómo” se centran en el componente actitudinal de la práctica (es decir, adoptar una postura de no juzgar, centrarse en una cosa en un momento determinado y ser eficaz).

A continuación, la efectividad interpersonal trata del aprendizaje de estrategias para pedir lo que uno necesita y decir no a las peticiones cuando es apropiado, cuidando al mismo tiempo las relaciones y manteniendo el respeto por uno mismo (Linehan, 2014). Sobre el particular, Linehan (2014) desglosa las habilidades básicas, que incluyen: la enseñanza de estrategias eficaces para establecer límites y hacer peticiones asertivas, desarrollar y mantener relaciones positivas (con la familia, los amigos y la comunidad), y aprender a cultivar el respeto por sí mismos siendo justos, veraces y fieles a sus valores. Estas habilidades enseñan a los individuos a considerar la complejidad de las relaciones, a cultivar la conciencia de la aceptación, la flexibilidad y el cambio, al tiempo que mejoran la colaboración y la comunicación (Rathus y Miller, 2015).

Seguidamente, las habilidades de regulación emocional se enseñan en el contexto de la autovalidación de las emociones y requieren la implementación de la atención plena (McKay et al., 2019). En este módulo, los individuos aprenden a nombrar e identificar las emociones, cómo se desencadenan estas y a tomar conciencia de las sensaciones corporales asociadas que conducen a diversos pensamientos y tendencias de acción (Linehan, 2014).

En último término, la tolerancia al malestar se define como la capacidad de experimentar y soportar estados psicológicos negativos cuando las soluciones inmediatas a los eventos que las provocan no están disponibles (Linehan, 2014), abarcando: tolerar crisis a corto plazo, apoyarse en actividades de distracción o relajantes, y aprender ideas conceptuales de voluntad y aceptación radical para retos vitales más duraderos como la pérdida de un ser querido. Según Hayes et al. (1996), el malestar puede ser el resultado de procesos cognitivos o físicos, pero se manifiesta en un estado emocional que a menudo se caracteriza por tendencias de acción para aliviar la experiencia emocional relacionadas con la evitación experiencial. Ser capaz de tolerar el malestar psicológico temporal y no evitar las emociones difíciles tiene un importante valor adaptativo cuando la experiencia de dichas emociones puede conducir a un cambio de conducta saludable (Hayes et al., 1996).

## **1.2.5. Mecanismos de cambio en la DBT y la DBT-ST**

Existe un creciente interés por comprender los procesos específicos y los mecanismos de cambio asociados a la DBT, después de que haya obtenido un robusto apoyo empírico en el tratamiento del TLP (Boritz et al., 2017; Lynch et al., 2006). La cuestión esencial aquí se refiere a cómo y por qué una intervención conduce al cambio (Kazdin y Nock, 2003). Al respecto, se utiliza con frecuencia la identificación de mediadores estadísticamente significativos, aunque estos sugieren un proceso crítico sobre por qué se produce una modificación, pero no sobre cómo se produce (Kazdin, 2009). Cuando se adquiere esta información, se aumenta la capacidad de optimizar los ingredientes activos de los tratamientos que se ofrecen, adaptarlos a entornos del mundo real y personalizarlos para que se ajusten a las necesidades de clientes específicos (Kazdin, 2007).

Los posibles mecanismos de cambio en la DBT fueron propuestos por primera vez por Lynch et al. (2006). En su artículo, los autores identificaron intervenciones específicas en la DBT (por ejemplo, *mindfulness*, acción opuesta y análisis en cadena) y sugirieron mecanismos teóricos que creían que podían conducir a los efectos de la intervención en los resultados (por ejemplo, un mayor control atencional). Para ampliar el conocimiento sobre los mecanismos de cambio en la facilitación de la regulación emocional, Boritz et al. (2017) consideran cuatro mecanismos de cambio que han sido el foco de los esfuerzos científicos en investigación de la DBT hasta la fecha. Proponen que, en el contexto de una relación terapéutica sólida, las estrategias específicas de la DBT (estrategias estructurales, de aceptación, de cambio y dialécticas) ejercen sus efectos sobre los resultados (por ejemplo, disminución de los síntomas del TLP, el malestar general y el descontrol conductual) al mejorar la regulación emocional a través de los siguientes mecanismos: (1) aumento de la conciencia y la aceptación de la emoción, (2) aumento del control atencional, (3) aumento de la capacidad de modular la emoción, y (4) aumento del uso de habilidades de afrontamiento adaptativas.

### **1.2.5.1. Aumento de la conciencia y la aceptación de la emoción**

La conciencia de las emociones consiste en prestar atención a las experiencias internas actuales, mientras que la aceptación de las emociones consiste en estar presente y abierto a experimentar respuestas afectivas, incluso en situaciones en las que nos generan malestar (Campbell-Sills et al., 2006). En cambio, la aceptación de las emociones es lo contrario a la supresión emocional, que se asocia con mayores niveles de estado de ánimo negativo, así como con menores niveles de estado de ánimo positivo, ajuste social y bienestar (Gross y John, 2003; Moore et al., 2008). Aunque la evidencia para este

mecanismo concreto es limitada, la investigación sugiere que la reducción de la evitación experiencial contribuye a los resultados de la DBT (Boritz et al., 2017). Los estudios adicionales deben seguir explorando esta relación para determinar si los cambios en la evitación de la experiencia contribuyen a los resultados de la DBT aparte de la depresión (Berking et al., 2009).

### **1.2.5.2. Aumento del control atencional**

Las habilidades de *mindfulness* se utilizan en la DBT para promover el control atencional (la capacidad de controlar el foco de atención más que el objeto de la atención) y mejorar la regulación emocional (Linehan, 2014). En particular, la mejora del control atencional ayuda a los clientes a desvincularse de los estímulos emocionales, lo que reduce su tendencia a experimentar afectos negativos (Ellenbogen et al., 2002) y aumenta su capacidad para modular los procesos de atención en contextos emocionales (Teasdale et al., 1995). En general, estudios como los de Perroud et al. (2012) y Soler et al. (2012) indican que el aumento del control atencional (a través de la aplicación del *mindfulness*) está asociado a resultados positivos en la DBT, siendo particularmente útil para disminuir la reactividad emocional.

### **1.2.5.3. Aumento de la capacidad de modular la emoción**

La modulación de las emociones se refiere a la capacidad de influir directamente en las respuestas fisiológicas, experienciales o conductuales (Gross y Thompson, 2007). Básicamente, estudios como los de Schmitt et al. (2016) y Winter et al. (2017) indican que la DBT parece tener un papel en el cambio de las regiones de funcionamiento del cerebro y de los procesos psicológicos que intervienen en la reactividad del afecto, como también en la capacidad de modular el afecto negativo.

### **1.2.5.4. Aumento del uso de habilidades de afrontamiento adaptativas**

Las habilidades de afrontamiento adaptativas aprendidas y reforzadas en la DBT permiten a los individuos desarrollar experiencias de manera efectiva (Linehan, 1993a). Se cree que un mayor uso de habilidades de afrontamiento adaptativas resulta en una mayor regulación emocional (Neacsiu et al., 2014). Así, al aliviar el malestar emocional e interpersonal, las habilidades mencionadas reducen la dependencia de las estrategias de afrontamiento desadaptativas y dan lugar a una disminución de la sintomatología y las conductas disfuncionales.

En general, estudios como los de Barnicot et al. (2016) y Neacsiu et al. (2010) sugieren que la DBT funciona a través de la adquisición de habilidades de afrontamiento. Las limitaciones de estos artículos incluyen la posibilidad de un informe sesgado sobre el uso de las habilidades y la posibilidad de que la mejora del paciente se explique por su alta motivación en lugar de un aumento de las conductas de afrontamiento (Barnicot et al., 2016; Neacsiu et al., 2010). Además, la investigación futura debería aclarar más qué habilidades individuales contribuyen a resultados específicos asociados a la DBT (Boritz et al., 2017; Lynch et al., 2006).

## **2. Objetivos**

### **2.1. Principales**

-Sintetizar la evidencia actualizada sobre la efectividad de la DBT-ST como tratamiento independiente y sus habilidades nucleares en individuos diagnosticados con TLP.

### **2.2. Secundarios**

-Estudiar las áreas de mejora en las personas con diagnóstico de TLP a partir de la implementación de la DBT-ST.

-Describir el grado de adherencia de los pacientes con TLP al tratamiento de DBT-ST.

-Identificar el nivel de la utilización de la asistencia sanitaria en individuos con TLP durante la aplicación de la DBT-ST.

-Determinar la relación comparativa de la DBT-ST respecto a la Standard DBT en términos de igualdad, superioridad o inferioridad como intervención para personas con TLP.

-Examinar los posibles mecanismos de cambio asociados a la DBT-ST y sus habilidades centrales en personas diagnosticadas con TLP.

-Detectar las facetas de la habilidad de *mindfulness* más efectuadas.

### **3. Hipótesis**

1- La DBT-ST resultará clínicamente efectiva en el tratamiento de los pacientes con TLP.

2- La sintomatología del TLP y la psicopatología general mejorarán a partir de la aplicación de la DBT-ST en individuos con TLP.

3- El abandono del tratamiento de la DBT-ST en pacientes con TLP permanecerá dentro del rango de la Standard DBT.

4- La DBT-ST disminuirá la utilización de la asistencia sanitaria en personas con TLP.

5-La DBT-ST será superior como intervención para las dificultades en la regulación emocional en individuos con TLP en contraste con la Standard DBT.

6-Las habilidades de efectividad interpersonal y regulación emocional se establecerán como posibles mecanismos de cambio más significativos en comparación con el *mindfulness* y la tolerancia al malestar.

7-La aceptación sin juicio resultará ser la faceta que se efectuará más significativamente en relación con la habilidad de *mindfulness*.

### **4. Método**

#### **4.1. Estrategia de búsqueda bibliográfica**

Se realizaron búsquedas bibliográficas en las bases de datos electrónicas PsycINFO, Web of Science, Pubmed y Scopus utilizando la siguiente secuencia de descriptores de revisión relevantes: [(“dialectical behavio\* therapy” OR DBT) AND skills AND (“borderline personality disorder” OR BPD)]. No hubo ninguna restricción en relación con el año de publicación. La búsqueda se realizó mediante encabezamientos de materia, palabras clave, títulos y resúmenes (hasta noviembre de 2020). Se siguieron los criterios PRISMA.

## **4.2. Criterios de selección del estudio**

Se aplicaron los siguientes criterios de selección a los artículos identificados en las bases de datos:

### **4.2.1. Tipos de estudios**

Los estudios primarios publicados fueron elegibles para su inclusión; se excluyeron revisiones, editoriales, cartas, comentarios, informes de casos, validaciones de instrumentos de evaluación, libros, capítulos de libros y tesis doctorales. No se utilizaron limitaciones en cuanto a los diseños de los estudios o los instrumentos de evaluación de los resultados. Los artículos incluidos estaban en inglés o en español.

### **4.2.2. Tipos de participantes**

Solo se incluyeron los estudios donde el diagnóstico del TLP estaba claramente especificado en el título, el resumen o las palabras clave. Se estableció como condición la presentación del trastorno en la totalidad de la muestra, como también una edad mínima de 12 años. No hubo restricciones en relación con el número de participantes, la severidad de la sintomatología del TLP, ni en la cantidad de conductas suicidas o autolesiones sin finalidad autolítica. En caso de exhibir comorbilidad, se determinó el TLP como trastorno principal.

### **4.2.3. Tipos de intervenciones de la Terapia Dialéctica Conductual**

Se seleccionaron los artículos que reportaron implementar exclusivamente DBT-ST. La combinación de su aplicación junto con el uso de la supervisión del equipo terapéutico, la gestión de casos manualizada y el tratamiento habitual fue aceptada. Los objetivos fueron controlar la fidelidad al modo de tratamiento, garantizar la gestión de crisis o suicidios y aumentar la validez externa respectivamente. Aquellos estudios en los que los participantes recibieron al menos un módulo de DBT-ST, también se incluyeron en la revisión. Finalmente, en un intento de hallar los resultados indicativos de las habilidades adquiridas a partir de DBT-ST solamente, se excluyeron los artículos en los que cualquier participante recibió terapia DBT-I concurrente o coaching telefónico.

### 4.3. Métodos de revisión

Se examinaron los resúmenes de los registros identificados para comprobar su relevancia. Los artículos fueron rechazados si no cumplían los criterios de selección. Cuando un resumen no podía rechazarse con certeza, se evaluó el artículo completo. Se elaboró una plantilla de revisión en la que se especificaban los detalles clave de cada estudio (véase la tabla 1). Los detalles fueron extraídos por el autor principal, y los resultados o ambigüedades se comentaron y resolvieron con la tutora.

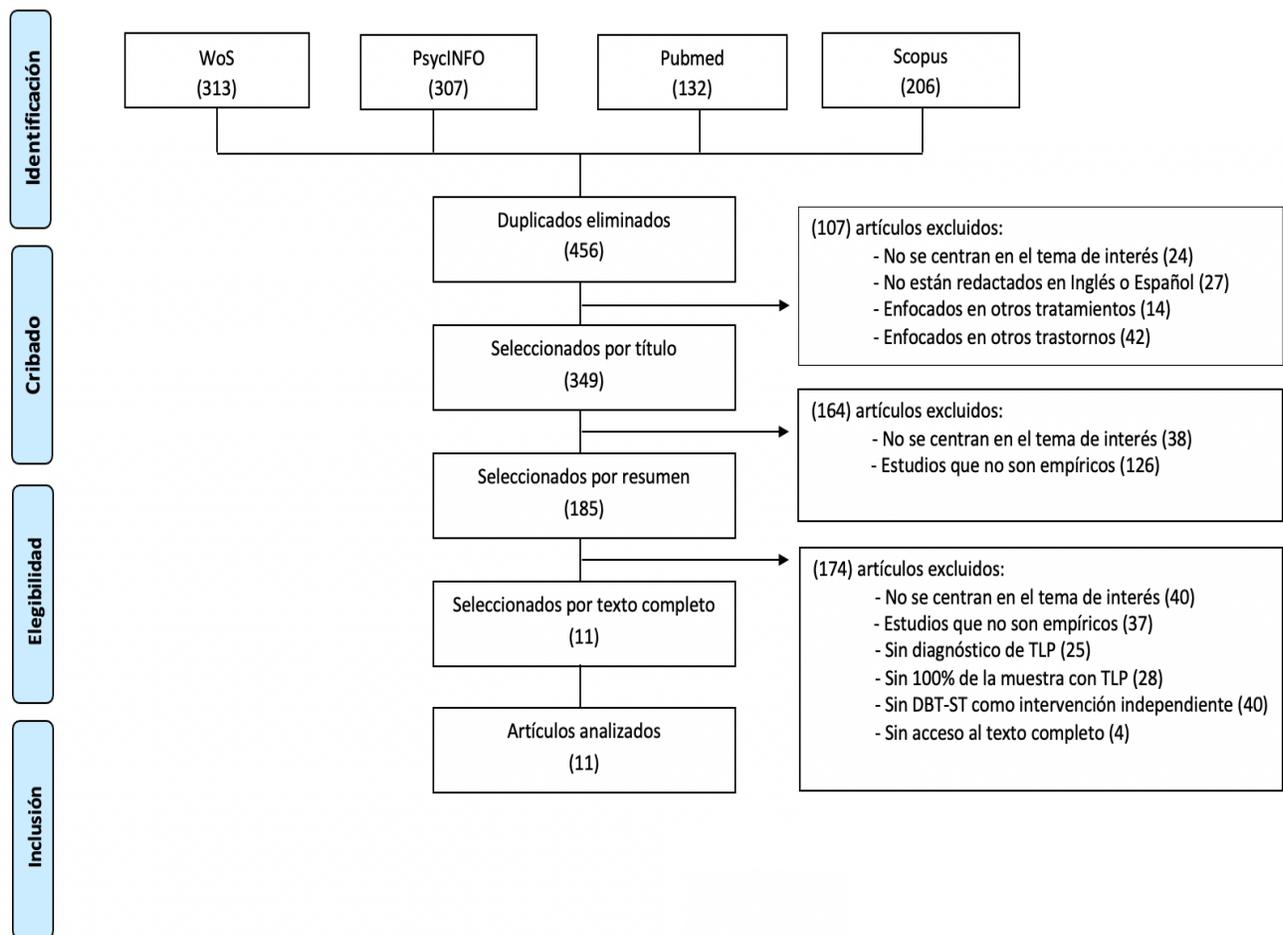


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA de inclusión de artículos.

## **5. Resultados**

### **5.1. Características de los estudios**

La búsqueda en las bases de datos electrónicas obtuvo 456 registros bibliográficos (tras eliminar los duplicados). Después de aplicar el mencionado filtro, 11 estudios cumplieron los criterios de inclusión y se incluyeron en la revisión (Figura 1).

Se incluyeron once estudios con diferentes diseños (Tabla 1). El tamaño de las muestras varió de 5 a 99, aunque tendieron a ser pequeñas: 5 artículos informaron de muestras de menos de 65 participantes (Dixon-Gordon et al., 2015; Elices et al., 2016; Mitchell et al., 2019; Rizvi y Linehan, 2005; Soler et al., 2009), mientras que cinco tenían muestras de entre 66 y 96 (Carmona i Farrés et al., 2019; Krantz et al., 2018; Lyng et al., 2020; McMain et al., 2017; Zeifman et al., 2019). Sólo un estudio incluyó a 99 participantes (Linehan et al., 2015). En relación con las características demográficas, todos los estudios informaron de la edad media de los pacientes, excepto uno (Rizvi y Linehan, 2005), y esta osciló entre los 23 y los 55 años. Los participantes estaban principalmente solteros y, en cuatro estudios (Dixon-Gordon et al., 2015; Elices et al., 2016; Linehan et al., 2015; Rizvi y Linehan, 2005) que informaron de la etnia de la muestra, esta era principalmente blanca (Tabla 1). Los resultados más frecuentemente evaluados fueron los síntomas del TLP, en particular las conductas sin finalidad autolítica, la psicopatología general y las facetas del *mindfulness*.

### **5.2. Contenido de los estudios**

#### **5.2.1. Abandono del tratamiento**

El abandono del modo de tratamiento DBT-ST ha sido descrito en seis artículos. McMain et al. (2017) reportaron el abandono prematuro del 31% de los participantes asignados a DBT-ST. Sin embargo, en la comparación con Standard DBT y DBT-I se observan discrepancias. Por un lado, Lyng et al. (2020) indica que la tasa de abandono de los pacientes en la condición de DBT-ST fue superior en relación a la Standard DBT. Por otro lado, Linehan et al. (2015) no encontraron diferencias entre Standard DBT, DBT-I y DBT-ST. Además, la DBT-ST se asoció con sólo la mitad de abandonos en contraposición a la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009). Finalmente, del conjunto de habilidades evaluadas, el grupo de *mindfulness* fue el que obtuvo la mayor tasa de abandono en oposición al grupo de efectividad interpersonal y el grupo de control (Carmona i Farrés et al., 2019; Elices et al., 2016).

Tabla 1. Características de los estudios

Referencia País	Objetivos principales	Diseño	Muestra	Principales resultados	Limitaciones del estudio
Carmona i Farrés, et al. 2019. ESPAÑA	Examinar el impacto del entrenamiento en mindfulness sobre la desregulación emocional y la impulsividad.	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico, de dos brazos.	N = 70. Grupos: DBT mindfulness (n = 35; trastorno límite de la personalidad; 30.51 años; 94.3% mujeres; 71.4% solteros; 42.9% nivel educativo inferior a educación secundaria; 60.0% desempleados / baja por enfermedad); DBT efectividad interpersonal (n = 35; trastorno límite de la personalidad; 33.29 años; 85.7% mujeres; 54.3% solteros; 37.1% graduado universitario; 57.1% desempleados / baja por enfermedad).	La impulsividad disminuyó en el grupo de DBT de mindfulness pero no en el grupo de DBT de eficacia interpersonal. La psicopatología del TLP y algunos aspectos de la desregulación emocional (por ejemplo, la claridad y la aceptación emocional) mejoraron en ambos grupos.	La tasa de abandono puede haber sesgado la estimación de los efectos del tratamiento. El tamaño relativamente pequeño de la muestra limita la potencia de los análisis estadísticos.
Dixon-Gordon, et al. 2015. EE.UU.	Caracterizar los tamaños del efecto de DBT-ER en comparación con DBT-IE para el trastorno límite de la personalidad (TLP).	Estudio empírico; Estudio longitudinal; Estudio cuantitativo; Estudio piloto.	N = 19. Grupos: DBT-ER (n = 7); DBT-IE (n = 6); Grupo interpersonal y psicoeducativo (n = 6). La muestra final (trastorno límite de la personalidad; 34.47 años; 100% mujeres; 73.7% solteros; 47.4% completaron un título universitario; 63.2% blancos).	Se detectaron interacciones significativas de condición x tiempo para las autolesiones sin finalidad autolítica y el mindfulness, con mejoras significativas que ocurrieron solo en el grupo de DBT-ER, mientras que no se detectaron tales interacciones para otros resultados.	El tamaño de la muestra es pequeño. El primer autor (KLDG) fue el líder del grupo en las condiciones de DBT, lo que podría introducir un sesgo en estos resultados. El uso del grupo de control interpersonal y psicoeducativo fue una prueba conservadora de los efectos específicos de DBT-ER.

Tabla 1. Continuación

Referencia País	Objetivos principales	Diseño	Muestra	Principales resultados	Limitaciones del estudio
Elices, et al. 2016. ESPAÑA	Investigar si un programa de entrenamiento en mindfulness de 10 semanas mejoraría los síntomas del TLP y las capacidades relacionadas con la atención plena en una muestra de individuos diagnosticados con TLP.	Estudio empírico; Modelo matemático; Estudio cuantitativo; Ensayo aleatorizado, unicéntrico, de dos brazos.	N = 64. Grupos: Mindfulness (n = 32; trastorno límite de la personalidad; 31.56 años; 84.4% mujeres; 62.5% solteros; 41.9% educación secundaria; 100% blancos); Efectividad interpersonal (n = 32; trastorno límite de la personalidad; 31.72 años; 87.5% mujeres; 50% solteros; 58.1% educación secundaria; 100% blancos).	En comparación con el grupo de control, los participantes asignados a Mindfulness experimentaron una reducción y un aumento significativamente mayores, de los síntomas de TLP y de la capacidad de descentramiento, respectivamente. Las tasas de respuesta al tratamiento (en referencia a los síntomas del TLP) fueron mayores para el grupo de Mindfulness (40 vs 13%). La Efectividad interpersonal por sí sola, no produjo mejoras en ninguna de las medidas de resultado.	El número de abandonos. El tamaño de la muestra es pequeño. La ausencia de una medida de adherencia al tratamiento. Los terapeutas no estaban completamente a ciegas con respecto a la hipótesis del estudio. Instrumentos de autoinforme utilizados como medidas de resultado. La ausencia de evaluaciones de seguimiento.
Krantz, et al. 2018. CANADA	Comprobar si cuatro dimensiones del mindfulness – aceptación sin juicio, observar, describir y actuar con conciencia – predijeron la frecuencia y mediaron la relación con los resultados de las autolesiones sin finalidad autolítica durante 20 semanas de DBT-ST para el trastorno límite de la personalidad (TLP).	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico controlado aleatorizado, simple-ciego, de dos brazos.	N = 84. Grupos: DBT-ST (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 27.29 años; 83.3% mujeres; 78.6% nunca se casaron; 47.6% graduados universitarios; 23.8% desempleados); Lista de espera (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 32.05 años; 73.8% mujeres; 66.7% nunca se casaron; 52.4% graduados universitarios; 33.3% empleo a tiempo completo).	No hubo relación entre las dimensiones del mindfulness y las autolesiones sin finalidad autolítica en la línea de base. Hubo un efecto significativo de DBT-ST sobre las autolesiones sin finalidad autolítica. La aceptación sin juicio, específicamente, medió la relación entre DBT-ST y el cambio en la frecuencia de las autolesiones sin finalidad autolítica.	El estudio no tenía capacidad para realizar análisis de mediación.

Tabla 1. Continuación

Referencia País	Objetivos principales	Diseño	Muestra	Principales resultados	Limitaciones del estudio
Linehan, et al. 2015. EE.UU.	Evaluar la importancia del componente de entrenamiento en habilidades DBT comparando DBT-ST más la gestión de casos, DBT-I junto con un grupo de actividades, y la Standard DBT que incluye el entrenamiento en habilidades y la terapia individual.	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico aleatorizado, simple-ciego, de tres brazos.	N = 99. Grupos: Standard DBT (n = 33; trastorno límite de la personalidad; 31.1 años; 76% solteros, divorciados o separados; 58% universidad o escuela técnica; 75% blancos); DBT-I (n = 33; trastorno límite de la personalidad; 30.1 años; 85% solteros, divorciados o separados; 61% universidad o escuela técnica; 66% blancos); DBT-ST (n = 33; trastorno límite de la personalidad; 29.8 años; 94% solteros, divorciados o separados; 55% universidad o escuela técnica; 73% blancos).	Todas las condiciones de tratamiento dieron lugar a mejoras similares en la frecuencia y la gravedad de los intentos de suicidio, la ideación suicida, el uso de los servicios de crisis debido a la suicidalidad y las razones para vivir. En comparación con la DBT-I, la Standard DBT y la DBT-ST generaron mayores mejoras en la frecuencia de autolesiones sin finalidad autolítica y en la depresión durante el año de tratamiento. La ansiedad mejoró significativamente durante el año de tratamiento en la Standard DBT y la DBT-ST, pero no en la DBT-I.	Unas tasas de abandono elevadas junto con un bajo poder estadístico.
Lyng, et al. 2020. IRLANDA	Investigar los resultados de los adultos con TLP y perfiles de menor riesgo en DBT-ST en comparación con los resultados de los adultos con TLP en Standard DBT donde el perfil de riesgo no había servido como exclusión del tratamiento.	Estudio cuasi-experimental con grupo control no equivalente.	N = 88. Grupos: DBT-ST (n = 34; trastorno límite de la personalidad; 33.50 años; 82.4% mujeres; 79.4% solamente educación secundaria); Standard DBT (n = 54; trastorno límite de la personalidad; 33.20 años; 83.3% mujeres; 70.4% solamente educación secundaria; 74.1% desempleados).	No se encontraron diferencias estadística o clínicamente significativas entre los participantes que completaron el tratamiento, en relación a los síntomas del TLP, la psicopatología general y la ideación suicida. Hubo un efecto moderado para la DBT-ST sobre la desesperanza y las dificultades de regulación emocional, lo que puede haber reflejado la no equivalencia de los grupos de tratamiento.	La no equivalencia de los pacientes entre las condiciones de tratamiento, en dos centros donde se aplicaron diferentes criterios de exclusión. No hay asignación aleatoria a la condición de tratamiento. Medidas de autoinforme como única fuente de datos para evaluar los resultados.

Tabla 1. Continuación

Referencia País	Objetivos principales	Diseño	Muestra	Principales resultados	Limitaciones del estudio
McMain, et al. 2017. CANADA	Evaluar la efectividad clínica de un curso breve de DBT-ST diseñado como una intervención adjunta para individuos con TLP que presentan un alto riesgo de suicidio.	Estudio empírico; Estudio longitudinal; Estudio prospectivo; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico controlado aleatorizado, simple-ciego, de dos brazos.	N = 84. Grupos: DBT-ST (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 27.29 años; 83.3% mujeres; 78.6% nunca se casaron; 47.6% graduados universitarios; 23.8% desempleados); Lista de espera (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 32.05 años; 73.8% mujeres; 66.7% nunca se casaron; 52.4% graduados universitarios; 33.3% empleo a tiempo completo).	Los participantes de la DBT-ST mostraron mayores reducciones que los participantes de la lista de espera en las conductas suicidas y en las autolesiones sin finalidad autolítica de base y las 32 semanas. Los participantes de la DBT mostraron mayores mejoras que los controles en las medidas de ira, tolerancia al malestar y regulación emocional a las 32 semanas.	La ausencia de un grupo de comparación terapéutico uniforme. El resultado primario de frecuencia de conductas suicidas y autolesiones sin finalidad autolítica fue autoinformado.
Mitchell, et al. 2019. AUSTRALIA	Investigar las relaciones específicas entre los cambios en los aspectos actitudinales y atencionales del mindfulness, la sintomatología del TLP y la utilización de la asistencia sanitaria dentro de un programa de DBT-ST de 20 semanas proporcionado en un entorno clínico rutinario.	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Estudio sin grupo control.	N = 35. Grupo: DBT-ST (n = 35; trastorno límite de la personalidad; 34.46 años; 94.3% mujeres).	Los aumentos en algunas facetas del mindfulness, especialmente en actuar con conciencia y no juzgar la experiencia interna, estaban más fuertemente relacionados con los cambios durante el tratamiento incluyendo la reducción de la sintomatología del TLP y la depresión. También el malestar con aumentos en no juzgar la experiencia interna, asimismo prediciendo una reducción en el uso del hospital.	La ausencia de un grupo de control. El tamaño de la muestra es pequeño.

Tabla 1. Continuación

Referencia País	Objetivos principales	Diseño	Muestra	Principales resultados	Limitaciones del estudio
Rizvi y Linehan, 2005. EE.UU.	Realizar una prueba piloto de una intervención a corto plazo para la vergüenza desadaptativa en el trastorno límite de la personalidad (TLP) basada en la habilidad "acción opuesta" de la DBT.	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Estudio piloto; Diseño de línea base múltiple, de sujeto único.	N = 5. Grupo: DBT-ST y intervención acción opuesta (n = 5; trastorno límite de la personalidad; 23 a 55 años; 100% mujeres; 80% blancos).	Reducción de la vergüenza en el SSGS (State Shame and Guilt Scale) desde el pretest hasta el posttest. Disminución no significativa en la subescala de vergüenza del PFC-2 (Personal Feelings Questionnaire-2).	El tamaño de la muestra es pequeño. El uso de tratamientos simultáneos deja abierta la posibilidad de que los cambios sean atribuibles a estos otros tratamientos y no a la intervención de la vergüenza.
Soler, et al. 2009. ESPAÑA	Evaluar si la DBT-ST era suficiente para inducir una mejora observable en personas con TLP en comparación con la terapia grupal estándar administrada durante el mismo número de horas en un período de 3 meses.	Estudio empírico; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico aleatorizado, unicéntrico, simple-ciego, de dos brazos.	N = 59. Grupos: DBT-ST (n = 29; trastorno límite de la personalidad; 28.45 años; 79.3% mujeres; 65.5% completaron el estudio; 82.8% benzodiacepinas como tratamiento farmacológico); Terapia grupal estándar (n = 30; trastorno límite de la personalidad; 29.97 años; 86.7% mujeres; 36.6% completaron el estudio; 80% benzodiacepinas como tratamiento farmacológico).	La DBT-ST se asoció con menores tasas de abandono en comparación con la terapia grupal estándar. También fue superior a la terapia grupal estándar en la mejora de la depresión, la ansiedad, la irritabilidad, la ira y la inestabilidad afectiva. Además, se observó una reducción de los síntomas psiquiátricos generales.	La dificultad de mantener a los evaluadores enmascarados en la condición de tratamiento. No se pudo afirmar que todos los participantes se abstuvieran de revelar información sobre la terapia o los terapeutas con los evaluadores psiquiátricos, durante las visitas de evaluación.
Zeifman, et al. 2020. CANADA	Comprobar si las mejoras en mindfulness y la tolerancia al malestar afectan indirectamente la relación entre la DBT-ST y los resultados clínicos.	Estudio empírico; Estudio longitudinal; Estudio cuantitativo; Ensayo clínico controlado aleatorizado, simple-ciego, de dos brazos.	N = 84. Grupos: DBT-ST (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 27.29 años; 83.3% mujeres; 78.6% nunca se casaron; 47.6% graduados universitarios; 23.8% desempleados); Lista de espera (n = 42; trastorno límite de la personalidad; 32.05 años; 73.8% mujeres; 66.7% nunca se casaron; 52.4% graduados universitarios; 33.3% empleo a tiempo completo).	En relación con el grupo de control de la lista de espera, las mejoras en mindfulness y la tolerancia al malestar afectaron indirectamente, de forma independiente, la relación entre la DBT-ST y la psicopatología general después del tratamiento.	Tamaño de la muestra limitado.

## **5.2.2. Utilización de la asistencia sanitaria**

El estudio de Mitchell et al. (2019) descubrió que implementando la DBT-ST, un aumento en la practica de no juzgar la experiencia interna se asoció con una reducción del número medio de hospitalizaciones a lo largo del tratamiento. Ahora bien, McMain et al. (2017) concretaron que las diferencias del número de ingresos hospitalarios favorecieron al grupo de DBT-ST a las 10 semanas y a las 20 semanas con respecto a la lista de espera, aunque no fueron evidentes a las 32 semanas. Del mismo modo, no se encontraron diferencias entre los grupos DBT-ST, DBT-I y Standard DBT en los ingresos hospitalarios por suicidio y motivo psiquiátrico durante el tratamiento o el año de seguimiento (Linehan et al., 2015).

## **5.2.3. Habilidades de afrontamiento**

### **5.2.3.1. Mindfulness**

Seis artículos se enfocaron en la atención plena. Aplicando la DBT-ST hubo aumentos significativos en todas las facetas del *mindfulness* desde el pretratamiento hasta el postratamiento (Mitchell et al., 2019). Por añadidura, se identificó una mejora en el grupo de *mindfulness* en describir, no juzgar la experiencia interna y una diferencia significativa pre-post en la subescala no reaccionar (Elices et al., 2016). Paralelamente, se comparó la DBT-ST con el grupo control de la lista de espera (Krantz et al., 2018; Zeifman et al., 2020). Se detectó un aumento significativamente mayor del *Kentucky Inventory of Mindfulness Skills* (KIMS; Baer et al. 2004) y una asociación significativamente superior en la aceptación sin juicio (Krantz et al., 2018; Zeifman et al., 2020). En cambio, McMain et al. (2017) no observaron diferencias entre los grupos en cuanto al *mindfulness*. Algunos estudios también encontraron un aumento significativo del descentramiento en el grupo de *mindfulness* (Carmona i Farrés et al., 2019; Elices et al., 2016).

### **5.2.3.2. Tolerancia al malestar**

McMain et al. (2017) revelaron mejoras significativamente mayores de la habilidad de afrontamiento de tolerancia al malestar en el grupo de DBT-ST en comparación con el grupo de lista de espera activa. Igualmente, el *Distress Tolerance Scale* (DTS; Simons y Gaher, 2005) aumentó significativamente más (Zeifman et al., 2020).

### **5.2.3.3. Regulación emocional**

Se extrajeron mejoras significativamente mayores de la habilidad de afrontamiento de regulación emocional en el grupo de DBT-ST en comparación con el grupo de lista de espera activa (McMain et al., 2017). Además, el entrenamiento en regulación emocional dio lugar a mayores mejoras en *mindfulness* en relación con las condiciones de comparación de efectividad interpersonal y tratamiento habitual (Dixon-Gordon et al., 2015).

### **5.2.3.4. Efectividad interpersonal**

De un total de dos estudios, uno no halló diferencias significativas pre-post para el grupo de efectividad interpersonal en relación a las subescalas del *Five Facet Mindfulness Questionnaire* (FFMQ; Baer et al. 2006; Cebolla et al. 2012) ni al descentramiento (Elices et al., 2016). En contraste, sí hubo mayores disminuciones en la resolución de problemas inapropiados dentro del grupo de efectividad interpersonal que en el grupo de regulación emocional (Dixon-Gordon et al., 2015).

## **5.2.4. Sintomatología del trastorno límite de la personalidad**

Seis artículos expresaron su interés por las relaciones entre DBT-ST con la sintomatología del TLP. Con DBT-ST se produjeron reducciones significativas en los síntomas del TLP (Mitchell et al., 2019; Soler et al., 2009), asociándolas con las subescalas actuar con conciencia y no juzgar la experiencia interna (Mitchell et al., 2019). También en la comparación con Standard DBT, el grupo de DBT-ST mostró ganancias significativamente mayores a las 20 semanas; pero no se mantuvieron a las 32 semanas (McMain et al., 2017). Lyng et al. (2020) tampoco encontraron diferencias después de 6 meses de tratamiento en cuanto a la gravedad de los síntomas del TLP. Del mismo modo, DBT-ST y la terapia grupal estándar no mostraron diferencias significativas. Por lo que se refiere a las habilidades en específico, el grupo de *mindfulness* redujo significativamente los síntomas del TLP (Carmona i Farrés et al., 2019; Elices et al., 2016). Mientras que en el grupo de efectividad interpersonal hay divergencia en los resultados. Por un lado, en el artículo de Elices et al. (2016) la efectividad interpersonal no mejoró significativamente las puntuaciones del BSL-23. Por otro lado, en el estudio de Carmona i Farrés et al. (2019) sí redujo significativamente los síntomas del TLP (Carmona i Farrés et al., 2019).

#### **5.2.4.1. Conductas suicidas y autolesiones sin finalidad autolítica**

Las conductas suicidas y las autolesiones sin finalidad autolítica devinieron objetivos de cinco estudios. Los pacientes en DBT-ST tenían tasas más bajas de autolesiones sin finalidad autolítica a las 32 semanas (McMain et al., 2017) y en el post-tratamiento (Krantz et al., 2018) en comparación con los individuos en la lista de espera, así como en la frecuencia de episodios suicidas (McMain et al., 2017). No obstante, la DBT-ST no disminuyó el suicidio o las autolesiones respecto a la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009). Linehan et al. (2015) tampoco encontraron diferencias significativas entre Standard DBT, DBT-ST y DBT-I en la ocurrencia de cualquier intento de suicidio, el número medio de intentos de suicidio entre los que intentaron suicidarse, la ocurrencia de cualquier acto de autolesión sin finalidad autolítica, el mayor riesgo médico para los intentos de suicidio y los actos de autolesión sin finalidad autolítica. La única diferencia significativa entre los grupos fue la frecuencia de los actos de autolesión sin finalidad autolítica entre los que realizaban la conducta, donde fue significativamente mayor en la DBT-I que en la Standard DBT y en la DBT-ST durante el año de tratamiento, pero no durante el año de seguimiento (Linehan et al., 2015). Al mismo tiempo, se estudiaron los componentes del *mindfulness* en particular y hallaron que solo la aceptación sin juicio tenía un efecto indirecto significativo de las cuatro facetas: observar, actuar con conciencia, aceptación sin juicio y describir (Krantz et al., 2018). De forma similar se analizó específicamente la regulación emocional, la cual alcanzó mayores disminuciones en las autolesiones sin intención autolítica que las condiciones de comparación de efectividad interpersonal y tratamiento habitual (Dixon-Gordon et al., 2015).

#### **5.2.4.2. Ira**

McMain et al. (2017) manifestaron niveles de ira significativamente menores en el grupo DBT-ST que en el grupo de lista de espera activa en todos los puntos temporales. En la misma línea, la ira también mejora con DBT-ST y obtiene una reducción significativamente mayor en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009).

#### **5.2.4.3. Inestabilidad afectiva**

El artículo de Soler et al. (2009) es el único que detectó que la inestabilidad afectiva mejora con DBT-ST y que muestra una reducción significativamente mayor en comparación con la terapia grupal estándar.

#### **5.2.4.4. Impulsividad**

Sólo el grupo de *mindfulness* mostró una disminución significativa de la impulsividad (Carmona i Farrés et al., 2019). Por otra parte, no hubo diferencias significativas entre los grupos DBT-ST y la lista de espera en cuanto a la impulsividad en ningún momento (McMain et al., 2017).

#### **5.2.4.5. Sentimientos de vacío**

El sentimiento de vacío tuvo una reducción significativamente mayor en DBT-ST en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009).

#### **5.2.5. Dificultades en la regulación emocional y malestar de los síntomas**

Lyng et al. (2020) descubrió que las dificultades en la regulación emocional fueron significativamente menores para los que completaron el tratamiento a los 6 meses en la condición DBT-ST en comparación con Standard DBT. Asimismo, se encontraron asociaciones significativas en la mejora y recuperación individual donde la proporción de pacientes fue mayor para la condición DBT-ST que en Standard DBT (Lyng et al., 2020). Por último, la capacidad de los participantes para percibir la experiencia emocional con precisión mejoró mientras que la tendencia a resistirse y oponerse a sus sentimientos disminuyó (Carmona i Farrés et al., 2019).

Análogamente, McMain et al. (2017) implementaron la DBT-ST y reportaron ganancias significativamente mayores del malestar de los síntomas a las 20 semanas en comparación con la lista de espera; sin embargo, estas diferencias no se mantuvieron a las 32 semanas. Por su parte, Mitchell et al. (2019) encontraron que la DBT-ST produjo reducciones significativas en el malestar durante el tratamiento. Además, las puntuaciones del malestar psicológico generalizado post tratamiento fueron significativamente predichas por las puntuaciones de “actuar con conciencia” y “no juzgar la experiencia interna” (Mitchell et al., 2019).

#### **5.2.6. Psicopatología general**

Existe evidencia estadística en torno a que las mejoras en el KIMS y el DTS influyen indirectamente en la relación entre la DBT-ST y la psicopatología general a las 20 semanas, en relación con la lista de espera (Zeifman et al., 2020). Adicionalmente, el grupo DBT-ST también mostró una mejora significativa en más escalas de psicopatología esta vez en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009). En contraste, Lyng et al. (2020) no

encontraron diferencias entre las personas que completaron DBT-ST y Standard DBT después de 6 meses, en cuanto a la psicopatología general y a las asociaciones de la mejoría con la condición de tratamiento (Lyng et al., 2020).

#### **5.2.6.1. Psicoticismo**

Se detectaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de psicoticismo, con una mayor disminución en la condición DBT-ST en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009).

#### **5.2.6.2. Irritabilidad**

Soler et al. (2009) identificaron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de irritabilidad, con una mayor disminución en la condición DBT-ST en comparación con la terapia grupal estándar.

#### **5.2.6.3. Depresión**

Tres artículos investigaron esta cuestión. DBT-ST produjo reducciones significativas de la depresión durante el tratamiento (Mitchell et al., 2019). De la misma forma, mostró una mayor disminución de la depresión en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009). Sin embargo, a pesar de que Linehan et al. (2015) también revelaran que la depresión mejoró menos en la DBT-I que en la Standard DBT y en la DBT-ST durante el año de tratamiento, la depresión mejoró más en el grupo DBT-I que en la Standard DBT y DBT-ST durante el año de seguimiento (Linehan et al., 2015). En último término, cabe destacar que los aumentos en cada faceta de *mindfulness* fueron un predictor significativo de las puntuaciones de depresión después del tratamiento (Mitchell et al., 2019).

#### **5.2.6.4. Ansiedad**

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas de la ansiedad, con una mayor disminución en la condición DBT-ST en comparación con la terapia grupal estándar (Soler et al., 2009). Por otra parte, la ansiedad mejoró significativamente en Standard DBT y DBT-ST pero no en el grupo de DBT-I durante el año de tratamiento (Linehan et al., 2015). Al mismo tiempo, Linehan et al. (2015) encontraron una diferencia significativa entre los grupos en la tasa de cambio de la ansiedad durante el año de seguimiento, donde el grupo DBT-I mejoró más que Standard DBT y DBT-ST.

### **5.2.7. Desesperanza, ideación suicida y razones para vivir**

La desesperanza fue significativamente menor para los que completaron el tratamiento a los 6 meses en la condición de DBT-ST en comparación con Standard DBT (Lyng et al., 2020). No obstante, Lyng et al. (2020) no hallaron asociaciones entre la mejoría y la recuperación con la condición de tratamiento para la desesperanza.

Por otra parte, Lyng et al. (2020) no detectaron diferencias entre las personas que completaron DBT-ST y Standard DBT después de 6 meses de tratamiento en cuanto a la ideación suicida. Tampoco encontraron diferencias significativas Linehan et al. 2015 entre los grupos Standard DBT, DBT-ST y DBT-I. Igualmente, no hubo asociaciones entre la mejoría y la condición de tratamiento para la ideación suicida (Lyng et al., 2020).

En último término, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos Standard DBT, DBT-ST y DBT-I en las razones para vivir (Linehan et al., 2015).

### **5.2.8. Vergüenza**

El estudio de Rizvi y Linehan (2005) fue el único que utilizó la DBT-ST y una intervención de acción opuesta específica para tratar la vergüenza. Pese a que los niveles de vergüenza fueron muy inestables, la evaluación pre-post indicó que la vergüenza fue significativamente menor en el post-tratamiento (Rizvi y Linehan, 2005).

### **5.2.9. Funcionamiento y adaptación social**

Mitchell et al. 2019 implementaron la DBT-ST y obtuvieron aumentos significativos en el funcionamiento durante el tratamiento. Posteriormente, descubrieron que las puntuaciones post tratamiento en el *Behaviour and Symptom Identification Scale* (BASIS-32; Eisen et al. 1994) fueron significativamente predichas por las puntuaciones de describir, actuar con conciencia, no juzgar y no reaccionar ante la experiencia interna, excepto por la de observar (Mitchell et al., 2019). Igualmente, DBT-ST mostró ganancias significativamente mayores en la adaptación social a las 20 semanas en comparación con la lista de espera; aunque estas diferencias de grupo no se mantuvieron a las 32 semanas (McMain et al., 2017).

## **6. Discusión**

La presente revisión sistemática tuvo como objetivo principal analizar la efectividad de la DBT-ST como tratamiento independiente y sus habilidades nucleares en individuos diagnosticados con TLP. Además, se propuso examinar los posibles mecanismos de cambio asociados. En suma, se revisaron un total de 11 artículos relevantes.

Del conjunto de los resultados, podemos sugerir que la DBT-ST es efectiva para el tratamiento del TLP, en vista de que conduce a reducciones en: los síntomas del trastorno y su correspondiente malestar, la psicopatología general, las dificultades de regulación emocional y la desesperanza. Asimismo, genera un incremento en todas las habilidades de afrontamiento, como también produce mejoras en el funcionamiento, la adaptación social y la recuperación individual. Sin embargo, la DBT-ST no es suficiente para abordar: el abandono del tratamiento, las autolesiones sin finalidad autolítica, las conductas suicidas y la vergüenza.

En lo que concierne a los síntomas del TLP, la implementación de la DBT-ST generó específicamente disminuciones en la ira, la inestabilidad afectiva y los sentimientos de vacío. Por una parte, estos resultados coinciden con los estudios de Koons et al. (2006), Kramer et al. (2016) y Neacsiu et al. (2010), en los cuales el uso de las habilidades medió completamente el cambio del control de la ira. Por otra parte, la relación de la DBT-ST con la reducción de los índices de la desregulación emocional, como también de los sentimientos de vacío, igualmente fueron reportadas en las investigaciones de Neacsiu et al. (2014) y Buerger et al. (2019), respectivamente. Además, la habilidad de *mindfulness* en concreto redujo significativamente los síntomas del TLP mediante actuar con conciencia y no juzgar la experiencia interna, resultando en un hallazgo similar al artículo de Perroud et al. (2012). Más aún, la efectividad interpersonal se asoció a disminuciones en la resolución de problemas inapropiados (Dixon-Gordon et al., 2015). No obstante, teniendo en cuenta el grupo de estudios examinado, se puede inferir que el efecto medio de la DBT-ST es modesto para el abordaje de las conductas suicidas y las autolesiones sin finalidad autolítica, tal y como señalan revisiones sistemáticas y meta-análisis recientes (DeCou et al., 2019; Valentine et al., 2015). De hecho, Valentine et al. (2015) consideran que no hay una evidencia sólida para destacar la contribución de la DBT-ST en estas conductas autodestructivas. Con todo, es importante destacar la coherencia del resultado de esta presente revisión en torno a la frecuencia de las autolesiones sin finalidad autolítica mediada por la habilidad de regulación emocional (Dixon-Gordon et al., 2015) con el del estudio de Gibson et al. (2014), debido a que es significativamente menor durante el año de tratamiento en comparación con las intervenciones que no implican la DBT-ST.

Adicionalmente, siguiendo la misma línea que DeCou et al. (2019), no hubo asociaciones entre la mejoría y la condición de tratamiento para la ideación suicida. Cabe mencionar que las comparaciones se realizan en el marco de adaptaciones de la terapia en cuestión, su aplicación estándar o poblaciones que incluyen una base de trastornos más amplia además del TLP.

Con referencia a la psicopatología general, se puede concluir que se obtuvieron mejoras principalmente en la depresión, la ansiedad, el psicoticismo y la irritabilidad. Sin embargo, el estudio de Gibson et al. (2014) muestra discrepancias con respecto al artículo de Soler et al. (2009) en cuanto a la depresión y la ansiedad, dado que no se encontraron diferencias significativas en la comparación entre el grupo de una versión adaptada de la DBT-ST junto con el tratamiento habitual y el grupo del tratamiento habitual independiente. Análogamente, los resultados de Fleischhaker et al. (2011) están en desacuerdo con los hallazgos de la dimensión de psicoticismo, debido a que no identificaron cambios significativos. Por el contrario, las reducciones consistentes en la irritabilidad tras el tratamiento sí fueron coherentes con la literatura científica existente (Frazier y Vela, 2014).

La superioridad de la DBT-ST frente a la Standard DBT sobre las dificultades en la regulación emocional (Lyng et al., 2020) es contradicha por el estudio de Harvey et al. (2019), en la medida en que afirman que la evidencia actual de la DBT no muestra beneficios consistentes en torno a la mejora de estas problemáticas. Además, sostienen que la literatura está comprometida por limitaciones metodológicas significativas que aumentan el riesgo de sesgo en los resultados de los estudios (Harvey et al., 2019). Concomitantemente, la disminución de la desesperanza también fue mayor en la DBT-ST ante la Standard DBT. Actualmente, según el conocimiento del autor de esta revisión, la previa observación no está contemplada por otras investigaciones, aunque se corresponde con Perroud et al. (2010) en la reducción de los niveles de desesperanza, si bien utilizaron en esta ocasión un formato intensivo de la DBT.

Dicho esto, en contraste con todos los beneficios anteriormente mencionados, la DBT-ST mantiene unos altos niveles de abandono del tratamiento. En efecto, McMain et al. (2017) reportaron el abandono prematuro del 31% de los participantes asignados a DBT-ST. De ese modo, la tasa de abandono reside dentro del rango establecido por Landes et al. (2016) que oscila entre el 17 % y el 39 %. Inesperadamente, cabe añadir que el grupo de *mindfulness* obtuvo la mayor tasa de abandono. Elices et al. (2016) alegan que la relación de la atención plena con los síntomas no sea lo suficientemente explícita como para comprometer a los participantes en el entrenamiento, pero Kröger et al. (2013) indican que una posible razón es la falta de voluntad para tolerar el malestar emocional. Igualmente, otra dificultad de la DBT-ST junto con la intervención de acción opuesta, es que tampoco parece ser suficiente para el abordaje de

la vergüenza. En tanto que su evidencia es limitada y inestable, el artículo de Brown et al. (2009) afirma que la vergüenza podría tener grandes implicaciones para los individuos con TLP, de tal manera que podrían ser reacios a discutir en terapia los eventos y comportamientos de los que se sienten avergonzados.

Previsiblemente, la DBT-ST genera un incremento en todas las habilidades de afrontamiento: el *mindfulness*, la efectividad interpersonal, la regulación emocional y la tolerancia al malestar. De entre todas ellas, la habilidad central más estudiada y con resultados más significativos es el *mindfulness*. Es considerada la más relevante por establecer disminuciones ya señaladas anteriormente como: los síntomas del TLP, la psicopatología general, las conductas suicidas y las autolesiones sin finalidad autolítica. Si bien, estas reducciones también se fomentan en: la tendencia a resistirse a sus sentimientos, la utilización de la asistencia sanitaria, la impulsividad, la depresión y el malestar psicológico. Paralelamente, induce aumentos en: la capacidad para percibir la experiencia emocional con precisión, todas las facetas de la atención plena y el funcionamiento. En contraste, tal y como se resaltó previamente, fue la habilidad que obtuvo mayor tasa de abandono.

Mediante la implementación del entrenamiento en habilidades de *mindfulness* en específico, los incrementos significativos se centraron en la aceptación sin juicio, el descentramiento y a no reaccionar. También, la capacidad de los participantes para percibir la experiencia emocional con precisión mejoró mientras que la tendencia a resistirse y oponerse a sus sentimientos disminuyó. En este sentido, el grupo de *mindfulness* de Carmona i Farrés et al. (2019) mejoró significativamente más las habilidades de no juzgar la experiencia interna y no reaccionar en comparación con el grupo de efectividad interpersonal. Por su parte, Keng y Tan (2018) mostraron un mayor descentramiento de los pensamientos negativos también en el grupo de *mindfulness* en comparación con el grupo de meditación relativa a los sentimientos de amor y bondad. A tal efecto, otra función de la practica de no juzgar la experiencia interna fue en relación con la utilización de la asistencia sanitaria. Su aumento se asoció con una reducción del número medio de hospitalizaciones a lo largo del tratamiento, corroborado por las investigaciones en torno a esta temática (Shaikh et al., 2017; Wagner et al., 2014).

Por lo que respecta a la impulsividad, se hallaron disminuciones significativas (McMain et al., 2017). Ahora bien, Soler et al. (2016) matizan estos resultados ya que observan que el entrenamiento en *mindfulness* puede mejorar algunos aspectos de la impulsividad, pero otros no. Estos cambios significativos se dan en la percepción subjetiva del tiempo y tolerancia gratificación inmediata, pero no en la inhibición de respuesta (Soler et al., 2016).

Con toda esta agrupación robusta de evidencias sobre el *mindfulness*, los resultados nos conducen a contemplar su rol como posible mecanismo de cambio de la DBT-ST juntamente con la habilidad de tolerancia al malestar. A tal efecto, estas dos habilidades influyen indirectamente la relación entre DBT-ST y la psicopatología general. Cabe destacar que esta es la única contribución significativa de la tolerancia al malestar en la presente cuestión, sin embargo, el *mindfulness* trasciende estos límites permitiéndonos detallar cuáles son sus componentes que funcionan como ingredientes activos del cambio. De hecho, los aumentos en cada una de sus facetas devinieron predictores significativos de la reducción de la depresión después del tratamiento y del incremento de la esfera del funcionamiento, aunque la variable observar no alcanzó esta capacidad en este último campo. En tal sentido, el malestar psicológico también fue predicho por las dimensiones de actuar con conciencia y no juzgar la experiencia interna. Asimismo, solo la aceptación sin juicio tuvo un efecto indirecto significativo en relación con la disminución de las conductas suicidas y autolesiones sin finalidad autolítica. De acuerdo con los estudios más relevantes hasta la fecha sobre los ingredientes activos de la DBT (Boritz et al., 2017; Lynch et al., 2006), el conjunto de los resultados coincide con tres de los cuatro mecanismos de cambio propuestos: (1) aumento de la conciencia y la aceptación de la emoción, (2) aumento del control atencional, y (3) aumento del uso de habilidades de afrontamiento adaptativas. De esta manera, se puede inferir que el potencial de cambio reside en mayor parte en las habilidades que fomentan la aceptación (el *mindfulness* y la tolerancia al malestar) en contraposición a las habilidades que buscan cambiar respuestas emocionales desadaptativas (la efectividad interpersonal y la regulación emocional). En base a esta observación, es comprensible que el cuarto mecanismo planteado, es decir, el aumento de la capacidad de modular la emoción, no quede reflejado en los hallazgos de esta revisión.

## **7. Limitaciones**

Una de las limitaciones principales de esta revisión sistemática ha sido el escaso número de estudios que se han podido incluir. En tal sentido, uno de los motivos fundamentales ha sido el hecho de que esta revisión excluyó los artículos en los que los participantes recibieron DBT-I concurrente o coaching telefónico, con la intención de hallar los resultados indicativos de las habilidades adquiridas a partir de DBT-ST exclusivamente. Con estos criterios de exclusión, se restringió la capacidad de generalizar más ampliamente. Asimismo, mientras que la literatura existente proporciona evidencia preliminar de la eficacia potencial de DBT-ST sin otros componentes, las limitaciones metodológicas dificultan la extracción de conclusiones más firmes y la formulación de recomendaciones de tratamiento definitivas.

Siguiendo esta línea, otra limitación considerable también sería el hecho de no haber tenido acceso a todos los estudios y, en consecuencia, alguna investigación relevante puede haber quedado fuera de la revisión. Además, también nos hemos encontrado con la limitación lingüística, ya que todos los artículos seleccionados para la revisión eran en castellano o en inglés y no sabemos si en algún otro idioma habría algún estudio relevante.

Es importante resaltar que la búsqueda en bases de datos por parte de un único individuo representa una restricción importante, dado que al participar dos o más personas en la tarea mencionada conduce a un menor riesgo de sesgo. Igualmente, la homogeneidad de patrones y características desarrolladas por lo sujetos, la aplicación de más pruebas estandarizadas, el control de variables, la realización de una mayor cantidad y variedad de estudios científicos, entre otros aspectos, permitirán, sin duda, comprender un poco más la efectividad de la DBT-ST como tratamiento independiente y sus mecanismos de cambio.

## **8. Conclusiones**

Los resultados obtenidos en esta revisión sistemática constatan que la implementación de la DBT-ST en personas con TLP es eficaz. A pesar de la escasez de estudios que hablan específicamente de cuáles son los efectos de este tipo de entrenamiento, hemos podido obtener respuesta a los objetivos y las hipótesis planteadas inicialmente.

El primer objetivo planteado fue extraer conclusiones sobre los resultados de los artículos científicos publicados hasta el momento en el contexto de las áreas de mejora inducidas por la DBT-ST en pacientes con TLP. Resultó que la terapia condujo a reducciones en: los síntomas del trastorno y su correspondiente malestar, la psicopatología general, las dificultades de regulación emocional y la desesperanza. Asimismo, generó un incremento en todas las habilidades de afrontamiento, como también suscitó mejoras en el funcionamiento, la adaptación social y la recuperación individual. De esta manera, se confirma la primera hipótesis del trabajo; la DBT-ST mejora la sintomatología del TLP y la psicopatología general.

La descripción del grado de adherencia constituyó el segundo objetivo de la revisión. Mediante el conjunto de los resultados, se ha podido llegar a la siguiente conclusión: la DBT-ST mantiene unos altos niveles de abandono del tratamiento residiendo dentro del rango establecido por la Standard DBT que oscila entre el 17 % y el 39 %. Además, cabe añadir que el grupo de *mindfulness* obtuvo la mayor tasa de abandono. Una posible explicación es la falta de voluntad de los individuos con TLP para tolerar el malestar emocional. Por consiguiente, se confirma la segunda hipótesis del trabajo: el abandono del tratamiento de la DBT-ST en pacientes con TLP permanece dentro del rango de la Standard DBT.

El tercer objetivo implicaba identificar el nivel de la utilización de la asistencia sanitaria en individuos con TLP durante la aplicación de la DBT-ST. Se constató que un aumento de la práctica de no juzgar la experiencia interna se asocia con una reducción del número medio de hospitalizaciones a lo largo del tratamiento. Por esa razón, se ratifica la tercera hipótesis del trabajo: la DBT-ST disminuye la utilización de la asistencia sanitaria en personas con TLP.

El propósito del cuarto objetivo fue determinar la relación comparativa de la DBT-ST frente a la Standard DBT como intervención para personas con TLP. Se certificó que las dificultades en la regulación emocional fueron significativamente menores para los que completaron el tratamiento a los 6 meses en la condición DBT-ST en comparación con Standard DBT. Consecuentemente, se confirma la cuarta hipótesis del trabajo; la DBT-ST es

superior como intervención para las dificultades en la regulación emocional en individuos con TLP en contraste con la Standard DBT.

La examinación de los posibles mecanismos de cambio asociados a la DBT-ST y sus habilidades centrales en personas diagnosticadas con TLP representó el quinto objetivo. En este contexto se extrajeron las siguientes conclusiones: el *mindfulness* y la tolerancia al malestar resultaron ser las únicas habilidades que influyen indirectamente la relación entre DBT-ST y la psicopatología general. De hecho, si nos enfocamos en el *mindfulness* en concreto, los aumentos en cada una de sus facetas devinieron predictores significativos de la reducción de la depresión después del tratamiento y del incremento de la esfera del funcionamiento, aunque la variable observar no alcanzó esta capacidad en este último campo. En tal sentido, el malestar psicológico también fue predicho por las dimensiones de actuar con conciencia y no juzgar la experiencia interna. Asimismo, solo la aceptación sin juicio tuvo un efecto indirecto significativo en relación con la disminución de las conductas suicidas y autolesiones sin finalidad autolítica. De esta manera, rechazamos la quinta hipótesis: las habilidades de efectividad interpersonal y regulación emocional se establecerán como posibles mecanismos de cambio más significativos en comparación con el *mindfulness* y la tolerancia al malestar. Se plantean así, posibles futuras investigaciones para replicar estos descubrimientos y contemplar la adecuación sobre destinar más recursos para el aprendizaje de las habilidades de *mindfulness* y tolerancia al malestar.

Por lo que se refiere al último objetivo, este se centró en detectar las facetas de la habilidad de *mindfulness* más efectuadas. Se corroboró por vía de la implementación del entrenamiento en habilidades de *mindfulness* en específico, los incrementos significativos se centraron en la aceptación sin juicio, el descentramiento y a no reaccionar. En consecuencia, se confirma la sexta hipótesis del trabajo; la aceptación sin juicio es la faceta que se efectúa más significativamente en relación con la habilidad de *mindfulness*.

A partir de esta revisión se observa la necesidad de estudiar adicionalmente si las mejoras obtenidas tras la DBT-ST se mantienen en el tiempo, habida cuenta de la persistencia de la sintomatología de las personas con TLP. Teniendo presente la falta de resultados respecto a los cambios a nivel neurobiológico después de llevar a la práctica la DBT-ST, también se plantea examinarlo.

## **9. Bibliografía**

American Psychiatric Association. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 158, 1-52.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.

Baer, R. A., Smith, G. T., & Allen, K. B. (2004). Assessment of mindfulness by self-report: The Kentucky Inventory of Mindfulness Skills. *Assessment*, 11(3), 191-206.

Baer, R. A., Smith, G. T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., & Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13(1), 27-45.

Bateman, A., & Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American journal of Psychiatry*, 156(10), 1563-1569.

Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 46(12), 872-873.

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.

Barnicot, K., Gonzalez, R., McCabe, R., & Priebe, S. (2016). Skills use and common treatment processes in dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 52, 147-156.

Berking, M., Neacsiu, A., Comtois, K. A., & Linehan, M. M. (2009). The impact of experiential avoidance on the reduction of depression in treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 47(8), 663-670.

Bernstein, D. P., Cohen, P., Velez, C. N., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III—R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American journal of psychiatry*, 150, 1237-1243.

Boritz, T., Zeifman, R. J., & McMains, S. F. (2017). Mechanisms of change in dialectical behaviour therapy. In M. A. Swales (Ed.), *The Oxford handbook of dialectical behaviour therapy*. Oxford, UK: Oxford University Press.

Brown, M. Z., Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A., & Chapman, A. L. (2009). Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behaviour research and therapy*, 47(10), 815-822.

Buerger, A., Fischer-Waldschmidt, G., Hammerle, F., Auer, K. V., Parzer, P., & Kaess, M. (2019). Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents. *Journal of personality disorders*, 33(1), 119-134.

Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour research and therapy*, 44(9), 1251-1263.

Carmel, A., Rose, M. L., & Fruzzetti, A. E. (2014). Barriers and solutions to implementing dialectical behavior therapy in a public behavioral health system. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 41(5), 608-614.

Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., Martín-Blanco, A., Pomarol-Clotet, E., ... & Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on the default mode network in borderline personality disorder. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26(5), 562-571.

Carmona i Farrés, C., Elices, M., Soler, J., Domínguez-Clavé, E., Pomarol-Clotet, E., Salvador, R., & Pascual, J. C. (2019). Effects of mindfulness training on borderline personality disorder: Impulsivity versus emotional dysregulation. *Mindfulness*, 10(7), 1243-1254.

Cebolla, A., Garcia-Palacios, A., Soler, J., Guillén, V., Baños, R., & Botella, C. (2012). Psychometric properties of the Spanish validation of the Five Facets of Mindfulness Questionnaire (FFMQ). *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 118-126.

Chanen, A. M., Jackson, H. J., McGorry, P. D., Allot, K. A., Clarkson, V., & Yuen, H. P. (2004). Two-year stability of personality disorder in older adolescent outpatients. *Journal of personality disorders*, 18(6), 526-541.

- 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.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., Roberts, A., & Ullrich, S. (2006). Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British journal of psychiatry*, 188(5), 423-431.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., & Clarkin, J. F. (2004). The relationship between impulsivity, aggression, and impulsive-aggression in borderline personality disorder: an empirical analysis of self-report measures. *Journal of personality disorders*, 18(6), 555-570.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
- Dimeff, L. A., & Koerner, K. (2007). *Dialectical behavior therapy in practice: Applications across disorders and settings*. New York, NY: Guilford Press.
- Dixon-Gordon, K. L., Chapman, A. L., & Turner, B. J. (2015). A preliminary pilot study comparing dialectical behavior therapy emotion regulation skills with interpersonal effectiveness skills and a control group treatment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 6(4), 369-388.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T., Reinhard, I., ... & Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological medicine*, 37(7), 961-970.
- Eisen, S. V., Dill, D. L., & Grob, M. C. (1994). Reliability and validity of a brief patient-report instrument for psychiatric outcome evaluation. *Psychiatric Services*, 45(3), 242-247.
- Elices, M., Pascual, J. C., Portella, M. J., Feliu-Soler, A., Martín-Blanco, A., Carmona, C., & Soler, J. (2016). Impact of mindfulness training on borderline personality disorder: A randomized trial. *Mindfulness*, 7(3), 584-595.

Ellenbogen, M. A., Schwartzman, A. E., Stewart, J., & Walker, C. D. (2002). Stress and selective attention: The interplay of mood, cortisol levels, and emotional information processing. *Psychophysiology*, *39*(6), 723-732.

Fleischhaker, C., Böhme, R., Sixt, B., Brück, C., Schneider, C., & Schulz, E. (2011). Dialectical behavioral therapy for adolescents (DBT-A): a clinical trial for patients with suicidal and self-injurious behavior and borderline symptoms with a one-year follow-up. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, *5*(1), 1-10.

Frances, A. (2013). Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma and the medicalization of ordinary life. *Psychotherapy in Australia*, *19*(3), 14-18.

Frazier, S. N., & Vela, J. (2014). Dialectical behavior therapy for the treatment of anger and aggressive behavior: A review. *Aggression and Violent Behavior*, *19*(2), 156-163.

Gibson, J., Booth, R., Davenport, J., Keogh, K., & Owens, T. (2014). Dialectical behaviour therapy-informed skills training for deliberate self-harm: A controlled trial with 3-month follow-up data. *Behaviour research and therapy*, *60*, 8-14.

Giesen-Bloo, J., Van Dyck, R., Spinhoven, P., Van Tilburg, W., Dirksen, C., Van Asselt, T., ... & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of general psychiatry*, *63*(6), 649-658.

Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., ... & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, *69*(4), 533-545.

Grilo, C. M., Becker, D. F., Edell, W. S., & McGlashan, T. H. (2001). Stability and change of DSM-III-R personality disorder dimensions in adolescents followed up 2 years after psychiatric hospitalization. *Comprehensive Psychiatry*, *42*(5), 364-368.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, *85*(2), 348-362.

Gross, J. J., & Thompson, R. A. (2006). *Emotion regulation: Conceptual foundations. Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.

Gunderson, J. G. (2001). *Borderline personality disorder: A clinical guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Gunderson, J. G., Morey, L. C., Stout, R. L., Skodol, A. E., Shea, M. T., McGlashan, T. H., ... & Bender, D. S. (2004). Major depressive disorder and borderline personality disorder revisited: longitudinal interactions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 65(8), 1049-1056.

Harford, T. C., Chen, C. M., Saha, T. D., Smith, S. M., Ruan, W. J., & Grant, B. F. (2013). DSM-IV Personality disorders and associations with externalizing and internalizing disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Journal of psychiatric research*, 47(11), 1708-1716.

Harvey, L. J., Hunt, C., & White, F. A. (2019). Dialectical behaviour therapy for emotion regulation difficulties: A systematic review. *Behaviour Change*, 36(3), 143-164.

Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(6), 1152-1168.

Heath, N. L., Carsley, D., De Riggi, M. E., Mills, D., & Mettler, J. (2016). The relationship between mindfulness, depressive symptoms, and non-suicidal self-injury amongst adolescents. *Archives of Suicide Research*, 20(4), 635-649.

Herman, J. L., Perry, J. C., & Van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 146, 490-495.

Hopwood, C. J., Newman, D. A., Donnellan, M. B., Markowitz, J. C., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., ... & Morey, L. C. (2009). The stability of personality traits in individuals with borderline personality disorder. *Journal of abnormal psychology*, 118(4), 806-815.

Hopwood, C. J., Schade, N., Krueger, R. F., Wright, A. G., & Markon, K. E. (2013). Connecting DSM-5 personality traits and pathological beliefs: Toward a unifying model. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 35(2), 162-172.

Jackson, H. J., & Burgess, P. M. (2002). Personality disorders in the community: results from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(6), 251-260.

Jazaieri, H., Urry, H. L., & Gross, J. J. (2013). Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective. *Journal of Experimental Psychopathology*, 4(5), 584-599.

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based stress reduction (MBSR). *Constructivism in the Human Sciences*, 8(2), 73-107.

Kazdin, A. E., & Nock, M. K. (2003). Delineating mechanisms of change in child and adolescent therapy: Methodological issues and research recommendations. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(8), 1116-1129.

Kazdin, A. E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27.

Kazdin, A. E. (2009). Understanding how and why psychotherapy leads to change. *Psychotherapy research*, 19, 419-428.

Keng, S. L., & Tan, H. H. (2018). Effects of brief mindfulness and loving-kindness meditation inductions on emotional and behavioral responses to social rejection among individuals with high borderline personality traits. *Behaviour Research and Therapy*, 100, 44-53.

Kernberg, O. F. (1985). *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York, NY: Jason Aronson.

Kernberg, O. F., Selzer, M. A., Koenigsberg, H. W., Carr, A. C., & Appelbaum, A. H. (1989). *Psychodynamic psychotherapy of borderline patients*. New York, NY: Basic Books.

Klonsky, E. D. (2007). The functions of deliberate self-injury: A review of the evidence. *Clinical psychology review*, 27(2), 226-239.

Koons, C. R., Chapman, A. L., Betts, B. B., Morse, N., & Robins, C. J. (2006). Dialectical behavior therapy adapted for the vocational rehabilitation of significantly disabled mentally ill adults. *Cognitive and Behavioral Practice*, 13(2), 146-156.

Kraemer, H. C., Kupfer, D. J., Clarke, D. E., Narrow, W. E., & Regier, D. A. (2012). DSM-5: how reliable is reliable enough?. *American Journal of Psychiatry*, 169(1), 13-15.

Kramer, U., Pascual-Leone, A., Berthoud, L., De Roten, Y., Marquet, P., Kolly, S., ... & Page, D. (2016). Assertive anger mediates effects of dialectical behaviour-informed skills training for borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Clinical psychology & psychotherapy*, 23(3), 189-202.

Krantz, L. H., McMain, S., & Kuo, J. R. (2018). The unique contribution of acceptance without judgment in predicting nonsuicidal self-injury after 20-weeks of dialectical behaviour therapy group skills training. *Behaviour research and therapy*, 104, 44-50.

Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411-416.

Landes, S. J., Chalker, S. A., & Comtois, K. A. (2016). Predicting dropout in outpatient dialectical behavior therapy with patients with borderline personality disorder receiving psychiatric disability. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3(1), 1-8.

Lawrence, K. A., Allen, J. S., & Chanen, A. M. (2010). Impulsivity in borderline personality disorder: reward-based decision-making and its relationship to emotional distress. *Journal of personality disorders*, 24(6), 785-799.

Lazarus, S. A., Cheavens, J. S., Festa, F., & Rosenthal, M. Z. (2014). Interpersonal functioning in borderline personality disorder: A systematic review of behavioral and laboratory-based assessments. *Clinical psychology review*, 34(3), 193-205.

Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 377(9759), 74-84.

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.

Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 959-986.

Levy, K. N., Meehan, K. B., Kelly, K. M., Reynoso, J. S., Weber, M., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2006). Change in attachment patterns and reflective function in a randomized control trial of transference-focused psychotherapy for borderline personality disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(6), 1027-1040.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, *364*(9432), 453-461.

Lindenboim, N., Comtois, K. A. K., & Linehan, M. M. (2007). Skills practice in dialectical behavior therapy for suicidal women meeting criteria for borderline personality disorder. *Cognitive and Behavioral Practice*, *14*(2), 147-156.

Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, *50*(12), 971-974.

Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., ... & Lindenboim, N. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of general psychiatry*, *63*(7), 757-766.

Linehan, M. M. (2014). *DBT skills training manual* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Linehan, M. M., Korslund, K. E., Harned, M. S., Gallop, R. J., Lungu, A., Neacsiu, A. D., ... & Murray-Gregory, A. M. (2015). Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA psychiatry*, *72*(5), 475-482.

Livesley, W. J., Jang, K. L., & Vernon, P. A. (1998). Phenotypic and genetic structure of traits delineating personality disorder. *Archives of general psychiatry*, *55*(10), 941-948.

Lynch, T. R., Chapman, A. L., Rosenthal, M. Z., Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2006). Mechanisms of change in dialectical behavior therapy: Theoretical and empirical observations. *Journal of clinical psychology*, *62*(4), 459-480.

Lyng, J., Swales, M. A., Hastings, R. P., Millar, T., Duffy, D. J., & Booth, R. (2020). Standalone DBT Group Skills Training Versus Standard (ie All Modes) DBT for Borderline Personality Disorder: A Natural Quasi-experiment in Routine Clinical Practice. *Community mental health journal*, *56*(2), 238-250.

McKay, M., Wood, J. C., & Brantley, J. (2019). *The dialectical behavior therapy skills workbook: Practical DBT exercises for learning mindfulness, interpersonal effectiveness, emotion regulation, and distress tolerance*. Oakland, CA: New Harbinger Publications.

McMain, S., Korman, L. M., & Dimeff, L. (2001). Dialectical behavior therapy and the treatment of emotion dysregulation. *Journal of Clinical Psychology, 57*(2), 183-196.

McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L., & Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 135*(2), 138-148.

Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Laberg, S., ... & Grøholt, B. (2014). Dialectical behavior therapy for adolescents with repeated suicidal and self-harming behavior: a randomized trial. *Journal of the American Academy of child & adolescent psychiatry, 53*(10), 1082-1091.

Mitchell, R., Roberts, R., Bartsch, D., & Sullivan, T. (2019). Changes in mindfulness facets in a dialectical behaviour therapy skills training group program for borderline personality disorder. *Journal of clinical psychology, 75*(6), 958-969.

Moore, S. A., Zoellner, L. A., & Mollenholt, N. (2008). Are expressive suppression and cognitive reappraisal associated with stress-related symptoms?. *Behaviour research and therapy, 46*(9), 993-1000.

National Collaborating Centre for Mental Health. (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management NICE Clinical Guideline*. London, UK: British Psychological Society.

Neacsiu, A. D., Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2010). Dialectical behavior therapy skills use as a mediator and outcome of treatment for borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy, 48*(9), 832-839.

Neacsiu, A. D., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2014). *Dialectical behavior therapy: An intervention for emotion dysregulation*. New York, NY: Guilford Press.

Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry, 163*(1), 20-26.

Palihawadana, V., Broadbear, J. H., & Rao, S. (2019). Reviewing the clinical significance of 'fear of abandonment' in borderline personality disorder. *Australasian Psychiatry, 27*(1), 60-63.

Paris, J., Brown, R., & Nowlis, D. (1987). Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. *Comprehensive psychiatry*, 28(6), 530-535.

Paris, J., Gunderson, J., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorders. *Comprehensive psychiatry*, 48(2), 145-154.

Perroud, N., Uher, R., Dieben, K., Nicastro, R., & Huguelet, P. (2010). Predictors of response and drop-out during intensive dialectical behavior therapy. *Journal of personality disorders*, 24(5), 634-650.

Perroud, N., Nicastro, R., Jermann, F., & Huguelet, P. (2012). Mindfulness skills in borderline personality disorder patients during dialectical behavior therapy: Preliminary results. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 16(3), 189-196.

Plakun, E. M., Burkhardt, P. E., & Muller, J. P. (1985). 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 26(5), 448-455.

Powers, A. D., & Oltmanns, T. F. (2012). Personality disorders and physical health: A longitudinal examination of physical functioning, healthcare utilization, and health-related behaviors in middle-aged adults. *Journal of personality disorders*, 26(4), 524-538.

Preti, A., Tondo, L., Sisti, D., Rocchi, M. B., & De Girolamo, G. (2010). Correlates and antecedents of hospital admission for attempted suicide: a nationwide survey in Italy. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 260(3), 181-190.

Rizvi, S. L., & Linehan, M. M. (2005). The treatment of maladaptive shame in borderline personality disorder: A pilot study of "opposite action". *Cognitive and Behavioral Practice*, 12(4), 437-447.

Robins, C. J., & Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions. *Journal of personality disorders*, 18(1), 73-89.

Sanislow, C. A., Little, T. D., Ansell, E. B., Grilo, C. M., Daversa, M., Markowitz, J. C., ... & McGlashan, T. H. (2009). Ten-year stability and latent structure of the DSM-IV schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 118(3), 507-519.

Schmitt, R., Winter, D., Niedtfeld, I., Herpertz, S. C., & Schmahl, C. (2016). Effects of psychotherapy on neuronal correlates of reappraisal in female patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 1(6), 548-557.

Schroeder, K., Fisher, H. L., & Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current opinion in psychiatry*, 26(1), 113-119.

Seivewright, H., Tyrer, P., & Johnson, T. (2002). Change in personality status in neurotic disorders. *The Lancet*, 359(9325), 2253-2254.

Seow, L. L., Page, A. C., & Hooke, G. R. (2020). Severity of borderline personality disorder symptoms as a moderator of the association between the use of dialectical behaviour therapy skills and treatment outcomes. *Psychotherapy Research*, 30(7), 920-933.

Shaikh, U., Qamar, I., Jafry, F., Hassan, M., Shagufta, S., Odhejo, Y. I., & Ahmed, S. (2017). Patients with borderline personality disorder in emergency departments. *Frontiers in psychiatry*, 8, 1-12.

Shea, M. T., Stout, R. L., Yen, S., Pagano, M. E., Skodol, A. E., Morey, L. C., ... & Zanarini, M. C. (2004). Associations in the course of personality disorders and Axis I disorders over time. *Journal of abnormal psychology*, 113(4), 499-508.

Shorey, R. C., Elmquist, J., Wolford-Clevenger, C., Gawrysiak, M. J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2016). The relationship between dispositional mindfulness, borderline personality features, and suicidal ideation in a sample of women in residential substance use treatment. *Psychiatry research*, 238, 122-128.

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and emotion*, 29(2), 83-102.

Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951-963.

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., ... & Stout, R. L. (2005). The collaborative longitudinal personality disorders study (CLPS): Overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487-504.

Skodol, A. E., Bender, D. S., Morey, L. C., Clark, L. A., Oldham, J. M., Alarcon, R. D., ... & Siever, L. J. (2011). Personality disorder types proposed for DSM-5. *Journal of personality disorders, 25*(2), 136-169.

Soeteman, D. I., Roijen, L. H. V., Verheul, R., & Busschbach, J. J. (2008). The economic burden of personality disorders in mental health care. *Journal of Clinical Psychiatry, 69*(2), 259-265.

Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... & Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy, 47*(5), 353-358.

Soler, J., Valdepérez, A., Feliu-Soler, A., Pascual, J. C., Portella, M. J., Martín-Blanco, A., ... & Pérez, V. (2012). Effects of the dialectical behavioral therapy-mindfulness module on attention in patients with borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy, 50*(2), 150-157.

Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Martín-Blanco, A., Feliu-Soler, A., Carmona, C., & Portella, M. J. (2016). Effects of mindfulness training on different components of impulsivity in borderline personality disorder: results from a pilot randomized study. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation, 3*(1), 1-10.

Stepp, S. D., Epler, A. J., Jahng, S., & Trull, T. J. (2008). The effect of dialectical behavior therapy skills use on borderline personality disorder features. *Journal of personality disorders, 22*(6), 549-563.

Stoffers-Winterling, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane database of systematic reviews, (8)*: CD005652.

Swartz, M., Blazer, D., George, L., & Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of personality disorders, 4*(3), 257-272.

Teasdale, J. D., Segal, Z., & Williams, J. M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness) training help?. *Behaviour Research and therapy, 33*(1), 25-39.

Torgersen, S., Lygren, S., Øien, P. A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J., ... & Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive psychiatry, 41*(6), 416-425.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590-596.

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.

Tyrer, P., Crawford, M., & Mulder, R. (2011). Reclassifying personality disorders. *The Lancet*, 377 (9780), 1814-1815.

Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.

Valentine, S. E., Bankoff, S. M., Poulin, R. M., Reidler, E. B., & Pantalone, D. W. (2015). The use of dialectical behavior therapy skills training as stand-alone treatment: A systematic review of the treatment outcome literature. *Journal of clinical psychology*, 71(1), 1-20.

Verheul, R., Van Den Bosch, L. M., Koeter, M. W., De Ridder, M. A., Stijnen, T., & Van Den Brink, W. (2003). Dialectical behaviour therapy for women with borderline personality disorder: 12-month, randomised clinical trial in The Netherlands. *The British journal of psychiatry*, 182(2), 135-140.

Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H. J., Renneberg, B., ... & Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. *Behaviour Research and Therapy*, 61, 12-22.

Warner, M. B., Morey, L. C., Finch, J. F., Gunderson, J. G., Skodol, A. E., Sanislow, C. A., ... & Grilo, C. M. (2005). The longitudinal relationship of personality traits and disorders. *Focus*, 113(3), 217-477.

West, M., Keller, A., Links, P. S., & Patrick, J. (1993). Borderline disorder and attachment pathology. *The Canadian Journal of Psychiatry/La Revue canadienne de psychiatrie*, 38, 16-21.

Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric services*, 42(10), 1015-1021.

Winter, D., Niedtfeld, I., Schmitt, R., Bohus, M., Schmahl, C., & Herpertz, S. C. (2017). Neural correlates of distraction in borderline personality disorder before and after dialectical behavior therapy. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 267(1), 51-62.

Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy*. New York, NY: Guilford Press.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive psychiatry*, 30(1), 18-25.

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.

Zanarini, M. C., Yong, L., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., Marino, M. F., & Vujanovic, A. A. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *The Journal of nervous and mental disease*, 190(6), 381-387.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2003). The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 274-283.

Zanarini, M. C. (2004). Update on pharmacotherapy of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 6(1), 66-70.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., Reich, D. B., & Silk, K. R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163(5), 827-832.

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.

Zeifman, R. J., Boritz, T., Barnhart, R., Labrish, C., & McMMain, S. F. (2020). The independent roles of mindfulness and distress tolerance in treatment outcomes in dialectical behavior therapy skills training. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(3), 181-190.