

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA
Facultad de Psicología



**VNiVERSIDAD
D SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

**APEGO Y RASGOS LÍMITES DE LA
PERSONALIDAD: EL PAPEL
MEDIADOR DE LA REGULACIÓN
EMOCIONAL**

Autora: Mercedes Vaquero Casado

Directores: Prof. Dr. Antonio Fuertes Martin
Prof. Dra. Begoña Orgaz Baz

Salamanca, 2018

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA EVOLUTIVA Y DE LA EDUCACIÓN

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGÍA BÁSICA, PSICOBIOLOGÍA Y
METODOLOGÍA DE LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO



**UNIVERSIDAD
DE SALAMANCA**

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL

TESIS DOCTORAL

APEGO Y RASGOS LÍMITES DE LA PERSONALIDAD: EL PAPEL

MEDIADOR DE LA REGULACIÓN EMOCIONAL

MERCEDES VAQUERO CASADO

2018

El Dr. D. ANTONIO FUERTES MARTIN, Catedrático del Departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca y el Dra. DÑA. BEGOÑA ORGAZ BAZ, Profesora Titular del Departamento de Psicología Básica, Psicobiología y Metodología de las Ciencias del Comportamiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Salamanca

CERTIFICAN QUE:

La presente Tesis Doctoral titulada “Apego y rasgos límites de la personalidad: el papel mediador de la regulación emocional”, realizada por Dña. MERCEDES VAQUERO CASADO, licenciada en Psicología, se ha desarrollado bajo nuestra dirección y supervisión y reúne, a nuestro juicio, los méritos suficientes de originalidad y rigor científico para que la autora pueda optar con ella al título de Doctor.

Y para que conste, los directores firman la presente en Salamanca, a dede dos mil dieciocho.

Fdo.: Dr. D. Antonio Fuertes Martin

Fdo.: Dra. Dña. Begoña Orgaz Baz

ILMO. SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE DOCTORADO

*A mis padres,
hermano y en especial a mi
marido, por sus ánimos
incondicionales*

Agradecimientos

Cuando se comienza un proyecto así nunca se sabe cuando se llegará al final, ni cómo será el camino. Sin duda, realizar una tesis doctoral conlleva una implicación personal importante, de tiempo, esfuerzo, renuncia..., que requieren de la motivación, fuerza de voluntad y apoyo de las personas que te rodean. A pesar de que el camino para llegar a este momento no ha sido sencillo y ha habido momentos de dudas sobre si sería capaz de terminarla, he de decir que me ha servido para aprender de muchas más cosas que del contenido de este trabajo. Por ello, quiero agradecer a mi marido, mis padres, mi hermano, mis amigos y todos aquellos, que aún no sabiendo si era mejor preguntarme por la tesis o no, habeis encontrado la manera de ayudarme y expresar vuestro apoyo.

Además de esto, para realizar una tesis es necesario de una guía, alguien que te oriente por donde va el camino, para ello, he contado con la ayuda de mis directores, el profesor Dr. Antonio Fuertes Martin y la profesora Dra. Begoña Orgaz Baz, que con sus conocimientos y saber hacer, han sido de gran ayuda durante todo este tiempo.

He de agradecer también, tanto al Jefe de Servicio de Salud Mental del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (C.A.U.P.A.), Dr. Francisco Ruiz Sanz, como a mi tutora de formación durante la residencia Rosa Sanguino Andrés, así como a todos los compañeros psicólogos, psiquiatras y residentes, que me ofrecieron no sólo apoyo y facilidades a la hora de embarcarme en este proyecto, sino que también colaboraron con el mismo en el proceso de reclutamiento de sujetos de estudio.

A todos vosotros muchas gracias, porque sin vuestro apoyo esto no habría sido posible.

Indice General

Agradecimientos	i
Indice General	iii
Indice de Figuras	xi
Abreviaturas	xiii
Resumen	xvii
I. MARCO TEÓRICO	1
1.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO	1
1.2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	5
1.2.1. Concepto, revisión histórica y criterios diagnósticos.	5
1.2.2. Epidemiología y curso clínico	8
1.2.3. Modelos etiológicos.....	11
1.3. EL APEGO	15
1.3.1. Teoría del Apego	15
1.3.2. Neurobiología del Apego.....	18
1.3.3. Estilos de Apego: Modelos Teóricos y Clasificaciones Diagnósticas...	19
1.3.4. Estabilidad de los Patrones de Vinculación Afectiva	25
1.3.5. Métodos de Evaluación del Apego Adulto	27
1.3.6. Estilo de Vinculación y Psicopatología	31
1.4. LOS PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	41
1.4.1. Relación Entre Déficits en Procesos de Regulación Emocional y Psicopatología.....	45
1.4.2. Evaluación de la Capacidad de Regulación Emocional	48
1.5. RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL APEGO.....	51
1.5.1. Planteamientos Teóricos.....	51

1.5.2. Hallazgos Procedentes de la Investigación.....	55
1.6. RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VINCULACIÓN Y PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL	61
1.6.1. Bases Neurofisiológicas de la Relación Entre Estilo de Vinculación y Regulación Emocional.....	65
1.7. PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD	69
1.8. RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD, ESTILO DE VINCULACIÓN Y DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL	77
II. OBJETIVOS e HIPÓTESIS	85
III. METODOLOGÍA	87
3.1. PARTICIPANTES	89
3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	95
3.3. PROCEDIMIENTO	103
3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS	105
IV. RESULTADOS.....	109
4.1. ANÁLISIS PRELIMINARES.....	109
4.1.1. Análisis de las diferencias entre los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos con rasgos límite de personalidad sin diagnóstico.....	109
4.1.2. Análisis de las diferencias entre los participantes del grupo clínico y el control en las variables sociodemográficas.	111
4.2. DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO CLÍNICO Y CONTROL EN LAS VARIABLES DEL ESTUDIO	113
4.2.1. Diferencias en rasgos y sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad entre el grupo clínico y control.	113
4.2.2. Diferencias en estilo de apegos entre el grupo clínico y control.....	114
4.2.3. Diferencias en habilidades de regulación emocional entre el grupo clínico y control.....	117

4.3. RELACIONES ENTRE RASGOS Y CONDUCTA LÍMITES, ESTILOS DE APEGO Y REGULACIÓN EMOCIONAL	120
4.3.1. Relación entre rasgos y conductas límites y el estilo de apego.....	120
4.3.2. Relaciones entre rasgos y conductas límites y las dificultades de regulación emocional.....	122
4.3.3. Relaciones el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional.....	125
4.4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS RASGOS Y CONDUCTAS LÍMITE	129
4.4.1. Análisis de los modelos explicativos del área Afectividad.	129
4.4.2. Análisis de los modelos explicativos del área Cognitiva.....	131
4.4.3. Análisis de los modelos explicativos del área Conductas Impulsivas....	132
4.4.4. Análisis de los modelos explicativos del área Relaciones Interpersonales.....	134
4.4.5. Análisis de los modelos explicativos globales.....	136
V. DISCUSIÓN	143
5.1. DIFERENCIA ENTRE LOS GRUPOS EN RASGOS LÍMITES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTILO DE VINCULACIÓN	143
5.2. RELACIONES ENTRE RASGOS LÍMITES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTILO DE VINCULACIÓN	148
5.3.MODELO EXPLICATIVO DE LOS RASGOS LÍMITES DE PERSONALIDAD.....	154
5.4. CONCLUSIONES.....	157
5.5. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO	158
5.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	162
5.7. FUTURAS INVESTIGACIONES	164
VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	167
ANEXOS	255

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE	255
ANEXO II: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO	256

Índice de Tablas

Tabla 1. Criterios diagnósticos del T.L.P. según D.S.M.-IV-TR y D.S.M. 5.	8
Tabla 2. Estilos de apego.....	20
Tabla 3. Estilos de apego adulto según Bartholomew y Horowitz.....	21
Tabla 4. Criterios diagnósticos del trastorno del apego reactivo según D.S.M.-5	23
Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno de relación social desinhibida según D.S.M.5.....	24
Tabla 6. Perfil sociodemográfico de la muestra.	90
Tabla 7. Perfil clínico de la muestra.	93
Tabla 8. Variables e instrumentos de medida.....	95
Tabla 9. Estadísticos descriptivos en las variables de los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos con rasgos límite de personalidad sin diagnóstico.	110
Tabla 10. Descriptivos de la variable rasgos límites de personalidad en el grupo clínico y control.	113
Tabla 11. Descriptivos de las variables apego en el grupo clínico y control.	115
Tabla 12. Descriptivos de las variables regulación emocional en el grupo clínico y control.....	118
Tabla 13. Correlaciones entre rasgos límites de personalidad, estilo de apego y dificultades de regulación emocional.	128
Tabla 14. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.....	130

Tabla 15. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.....	130
Tabla 16. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Cognitiva.....	132
Tabla 17. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área Cognitiva.....	132
Tabla 18. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Conductas Impulsivas.....	133
Tabla 19. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Conductas Impulsivas.....	134
Tabla 20. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.....	135
Tabla 21. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.....	135
Tabla 22. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.....	136
Tabla 23. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.....	137

Tabla 24. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Cognitiva.....	138
Tabla 25. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área Cognitiva.	138
Tabla 26. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Conductas Impulsivas.	139
Tabla 27. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Conductas Impulsivas.....	139
Tabla 28. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.....	140
Tabla 29. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.....	140

Índice de Figuras

Figura 1. Modelo transdiagnóstico de Ein-Dor, Mikulincer, y Shaver. Traducción propia del modelo obtenido de Ein-Dor, T., Mikulincer, M., y Shaver, P. R.....	36
Figura 2. Modelo de regulación emocional de Hervás.....	44
Figura 3. Modelo de mediación del apego, dificultades de regulación emocional y sintomatología límite de personalidad.....	87
Figura 4. Modelo de mediación del apego, dificultades de regulación emocional y sintomatología límite de personalidad.....	107
Figura 6. Medias en A. C. Impulsivas y A. R. Interpersonales de los Grupos Clínico y Control.....	114
Figura 5. Medias en A. Afectiva y A. Cognitiva de los Grupos Clínico y Control.....	114
Figura 7. Medias en Dimensiones de Apego de los Grupo Clínico y Control.....	116
Figura 8. Medias en Aceptación-Rechazo Emocional de los Grupos Clínico y Control.....	118
Figura 9. Media en Dificultades de Regulación Emocional de los Grupos Clínico y Control.....	118
Figura 10. Medias en Funcionamiento-Interferencia y Claridad-Confusión de los Grupos Clínico y Control.....	119
Figura 11. Medias en Regulación-Descontrol de los Grupos Clínico y Control.....	119
Figura 12. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área Afectiva.....	137
Figura 13. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área Cognitiva.....	138

Figura 14. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área	
C. Impulsivas.....	139
Figura 15. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área	
R. Interpersonales.....	141

Abreviaturas

A.A.I. Adult Attachment Interview

A.A.S. Adult Attachment Scale

ABC. Attunement, Balance and Coherente.

A.P.A. Asociación Psiquiátrica Americana

A.R.T. Affect Regulation Therapy

A.S.Q. Attachment Style Questionnaire

A.S.R. Attachment Self-Report

B.A.T. The Biometric Attachment Test

B.P.D. Borderline Personality Inventory

B.V.A.Q. Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire

CaMir-R Cuestionario de apego CaMir-R

C.A.U.P.A. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

C.E.R.Q. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

C.I.E.-10. Clasificación internacional de enfermedades, décima edición

C.F.I. Comparative Fit Index

C.S. Centro de Salud

D.E.R.S. Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.E.R.S.-A.D. Atención- Desatención Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.E.R.S.-A.R. Aceptación- Rechazo Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.E.R.S.-C.C. Claridad- Confusión Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.E.R.S.-F.I. Funcionamiento-Interferencia Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.E.R.S.-R.D. Regulación-Descontrol Escala de Dificultades en la Regulación Emocional

D.I.B.-R. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines. Entrevista Diagnóstica del Trastorno Límite Revisada

D.I.B.-R. A. Área Afectividad. Entrevista Diagnóstica del Trastorno Límite Revisada

D.I.B.-R. C. Área Cognición. Entrevista Diagnóstica del Trastorno Límite Revisada

D.I.B.-R. C.I. Área Conductas Impulsivas. Entrevista Diagnóstica del Trastorno Límite Revisada

D.I.B.-R. R.I. Área Relaciones Interpersonales. Entrevista Diagnóstica del Trastorno Límite Revisada

D.M.M. Dynamic-Maturational Model.

D.S.M.-III. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 3ª edición

D.S.M.-IV-TR. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 4ª edición Revisada

D.S.M.-5. Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, 5ª edición

D.T. Desviación típica

E.C.R.-R. The Experiences in Close Relationships-Revised

E.R.T. Emotion Regulation Therapy

L.L. Lower Limit

M. Media aritmética

M.S.C.E.I.T. The Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test

N.I.C.E. The National Institute for Health and Care Excellence.

N.M.R. Negative Mood Regulation

P.A.I-A. B.O.R. Personality Assessment Inventory—Adolescent, Borderline Features
scale

P.A.S.T.O.R. Positive Appraisal Style Theory of Resilience

P.B.I. Parental Bonding Instrument

R.A.Q. Reciprocal Attachment Questionnaire

R.M.S.E.A. Root Mean Square Error of Aproximation

R.Q. The Relationship Questionnaire

R.S.Q. The Relationship Scales Questionnaire

S.A.T. Separation Anxiety Test

S.C.I.D.-II Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis II Personality Disorders

S.E. Standard Error

S.I.D.E.S.-rev. Structured Interview for Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified- Revised

S.M. Salud Mental

T.A.S.-20. Toronto Alexithymia Scale

T.B.M. Terapia Basada en la Mentalización

T.D.C. Terapia Dialéctico Conductual

T.E.P.T. Trastorno de Estrés Postraumático

T.L.P. Trastorno Límite de Personalidad

T.M.M.S. Trait Meta-Mood Scale

U.L. Upper Limit

Resumen

El trastorno de personalidad límite (T.L.P.) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales y el afecto, con escaso control de impulsos (A.P.A., 2013). Se asocia con una significativa alteración de la funcionalidad, conductas de riesgo, elevada comorbilidad con otros trastornos, una mortalidad por suicidio del 10% (A.P.A., 2001), así como, un gran consumo de recursos sanitarios. Sin embargo, actualmente, no existen tratamientos psicológicos demostrados eficaces, ni se conocen con exhaustividad los factores etiológicos subyacentes.

El objetivo del presente estudio consiste evaluar el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional en personas con rasgos límites T.L.P., evaluar las relaciones entre dichas variables y valorar la pertinencia de un modelo explicativo con las dificultades de regulación emocional como factor mediador. La muestra está formada por 47 pacientes del Complejo Asistencial Universitario de Palencia (C.A.U.P.A.) pertenecientes al Servicio de Salud Mental diagnosticados (según criterios DSM-IV-TR) de T.L.P. o rasgos límites (grupo clínico) y 47 pacientes del Área de Atención Primaria de diversos Centros de Salud de la ciudad de Palencia (grupo control). Los participantes completaron un protocolo de evaluación con pruebas estandarizadas constituido por los siguientes instrumentos: Cuestionario sociodemográfico, Versión Reducida del cuestionario CaMi-R para la evaluación del apego, Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (D.I.B.-R.) y Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (D.E.R.S.). Se realizaron contrastes *t* de Student de diferencia de medias entre los grupos, se calcularon las correlaciones de Pearson y se realizaron análisis de vías.

Los resultados confirman la asociación entre el T.L.P. y la inseguridad en el apego, así como, la imposibilidad de asociarlo a un único estilo de vinculación. Revelan un perfil diferencial de sintomatología límite significativamente más grave en casos de apego desorganizado, sobre todo en el área afectiva, y con mayores dificultades de regulación emocional. Destacan la importancia del papel mediador de las dificultades de regulación emocional entre el estilo de apego y el desarrollo de sintomatología límite en el caso del apego ansioso-ambivalente versus el apego desorganizado que parece tener un efecto directo.

I. MARCO TEÓRICO

1.1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL TEMA OBJETO DE ESTUDIO

El trastorno de personalidad límite (T.L.P.) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen, con escaso control de impulsos, excesivos esfuerzos para evitar el abandono y elevada intolerancia a la soledad (A.P.A., 2013). La afectación de la funcionalidad es significativa y se asocia principalmente a la realización de conductas de riesgo (p.ej., abuso de tóxicos, relaciones sexuales sin protección...etc.), destacando las conductas autolesivas, intentos de suicidio y gestos parasuicidas que se dan en el 75% de los casos (Oldham, 2006), con una tasa estimada de suicidio consumado del 10% (A.P.A., 2001; Oldham, Phillips y Gabbard, 2001; Skodol et al, 2002b). Además, se trata de una patología con una elevada comorbilidad con trastornos afectivos, de la alimentación y de dependencia de sustancias (Links y Eynan, 2013; Riihimaki, Vuorilehto e Isometsa, 2014).

Se estima que el T.L.P. tiene una prevalencia del 1 al 5.9% en la población general (Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg y Levy, 2007) y mucho mayor en población clínica (Tyrer, Reed y Crawford, 2015), siendo el trastorno de personalidad más diagnosticado. Sin embargo, al tratarse de un síndrome heterogéneo (Bornovalova, Levy, Gratz y Legues, 2010; Gunderson, 2009; Reeves-Dudley 2017), es un trastorno infradiagnosticado y con una demora en su diagnóstico de 9,5 años en mujeres y de 6,5 años en hombres (Rubio y Pérez, 2003). Así mismo, en ocasiones se diagnostican como trastorno límite cuadros clínicos muy diversos (Smits et al., 2017).

Teniendo en cuenta la gran limitación funcional que provoca esta patología, no es de extrañar que la población con T.L.P. haga uso de un gran consumo de recursos sanitarios (Zanarini, Frankenburg, Hennen y Silk, 2004); representa el 10% de las consultas en centros ambulatorios de Salud Mental (S.M.) y entorno al 15-20% de los pacientes hospitalizados. En definitiva, la asistencia de esta patología representa un reto para el sistema sanitario (Soeteman, Hakkaart-van, Verheul, Busschbach, 2008). Sin embargo, a pesar de esto, y de que la intervención psicoterapéutica es el tratamiento de primera línea de esta patología, actualmente, no existen tratamientos psicológicos empíricamente validados demostrados eficaces (Bateman, Gunderson, Mulder y Lancet, 2015) y tampoco se conocen con exhaustividad los factores etiológicos subyacentes al T.L.P. (Gunderson, 2009).

La teoría del apego provee un marco conceptual y de investigación, desde el que se pueden comprender múltiples aspectos sobre el desarrollo del T.L.P., partiendo de la importancia demostrada de las experiencias adversas tempranas relacionadas con figuras de referencia en el desarrollo de los trastornos de personalidad (Berenz et al., 2013; Carr, Martins, Stingel, Lemgruber y Juruena, 2013 ;Ibrahim, Cosgrave y Woolgar, 2017; Infurna et al., 2016; Hesse y Floyd, 2016; Martín-Blanco et al., 2014; Mirza, Mwimba, Pritchett y Davidson, 2016). Parece imprescindible recurrir para ello a conceptos clásicos como los “modelos internos de trabajo” de Bowlby (1988), representaciones mentales internas de uno mismo y de los otros que surgen en las relaciones con los cuidadores principales, que modulan la regulación del propio autoconcepto, actúan como heurísticos para el comportamiento social de la persona a lo largo de la vida, y son en el caldo de cultivo en el que se desarrollan las habilidades de regulación emocional (Botella y Corbella, 2005; Fonagy, 1999).

Son numerosos los estudios en los que, a pesar de las dificultades y heterogeneidad metodológica, se ha demostrado la asociación entre la inseguridad en el apego y el desarrollo del T.L.P. (Bateman y Fonagy, 2005; Buchheim y George, 2011; Dozier, Stovall-McClough, y Albus, 2008; Holmes, 2004; Levy, Beeney, y Temes, 2011; Liotti, 2007, 2011a y 2011b, Steele y Siever, 2010). Incluso, algunos autores identifican este aspecto como el elemento central de dicha patología (Agrawal, Gunderson, Holmes y Lyons-Ruth, 2004; Gunderson, 2007; Gunderson y Lyons-Ruth, 2008; Levy, 2005). A pesar de ello, no se ha podido establecer hasta el momento la relación con un tipo de apego concreto, desconociéndose hasta el momento los procesos de desarrollo de la patología.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que el estilo de apego es una variable con un importante peso en el establecimiento de la alianza terapéutica, y, por lo tanto, tiene importantes efectos en el resultado de cualquier tipo de psicoterapia (Barber, Connolly, Crits-Christoph, Gladys y Siqueland, 2000; Bowlby, 1988; Lambert, 1991; Levy, et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2007; Reiner, Bakermans-Kranenburg, Van IJzendoorn, Fremmer-Bombik y Beutel, 2016). Precisamente, este aspecto es uno de los principales desafíos que plantean las personas con T.L.P. en el contexto terapéutico.

En definitiva, el T.L.P. todavía supone numerosas incógnitas sobre su desarrollo, diagnóstico y tratamiento psicológico. Ante este contexto, la teoría del apego permite arrojar luz sobre algunos aspectos etiológicos, por ello y basándonos en esta teoría, con este trabajo se pretende mejorar la comprensión de dicho cuadro psicopatológico con el objetivo de mejorar así la eficacia terapéutica, partiendo de la premisa de que el estilo

de vinculación del paciente es una variable fundamental para el proceso y el resultado del tratamiento psicoterapéutico (Lilliengren et al., 2014; McBride, Atkinson, Quilty, y Bagby, 2006). En concreto, se pretende conocer si se puede asociar el T.L.P. a un estilo de apego inseguro concreto o por el contrario estamos agrupando bajo una misma categoría diagnóstica presentaciones clínicas muy diversas: si existen relaciones entre el estilo de apego y un determinado perfil de dificultades en la regulación emocional, y si son las dificultades de regulación emocional un mediador entre la relación del estilo de apego y el desarrollo del T.L.P.

1.2. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

1.2.1. Concepto, revisión histórica y criterios diagnósticos.

El Trastorno Límite de Personalidad (T.L.P.) consiste en un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos (A.P.A., 2013). La heterogeneidad de la presentación clínica del cuadro, su dificultad de conceptualización y la falta de unificación en las teorías sobre la personalidad, han derivado en una gran cantidad de términos y en un desacuerdo entre los distintos autores en lo referente a los atributos esenciales que caracterizan esta entidad (Perry y Klerman, 1978). Sin embargo, por lo general se acepta que se caracteriza por una disregulación crónica del afecto (miedo intenso al abandono, inestabilidad afectiva y sentimiento de rabia intensa), el autoconcepto, la cognición (pensamientos e interpretaciones distorsionadas), las relaciones interpersonales (intensas) y la conducta (impulsividad y conductas autolesivas).

Al realizar una revisión histórica, Freud (1917) fue uno de los pioneros en describir dicho trastorno en su trabajo “Duelo y Melancolía”. Kraepelin, en 1921, hablaba de “personalidad irritable”. Schneider (1923) describía la “personalidad lábil” como cambios rápidos y súbitos del estado de ánimo, con reacciones violentas ante estímulos insignificantes y a los que atribuía un componente constitucional. Posteriormente, Kretschmer (1925), habló de “temperamento mixto cicloide-esquizoide” para referirse a personas con una actitud hostil ante el mundo con respuesta afectiva brusca, nerviosismo e inquietud. Sin embargo, la primera descripción exhaustiva del T.L.P. la realizó Adolf Stern, que basaba este diagnóstico en 10 criterios, siendo el primero en 1938 en utilizar el término “borderline” en una publicación, para

referirse a personas que no podían ser clasificadas claramente en las categorías neuróticas o psicóticas, denominándolos “grupo límite de la neurosis” (Stern, 1938). En los años posteriores, diferentes autores han utilizado distintos términos para referirse a esta patología: “esquizofrenia ambulatoria” (Zilboorg, 1941), “esquizofrenia pseudoneurótica” (Hoch y Polatin, 1949), “carácter psicótico” (Frosch, 1964) u “organización borderline de la personalidad” (Kernberg, 1967). Como puede observarse, a lo largo de la historia, este cuadro psicopatológico ha tenido conceptualizaciones muy diversas, como; un trastorno psicótico, una forma grave de una organización estructural de la personalidad (Gunderson y Singer, 1975; Kernberg, 1967), un trastorno afectivo (Akiskal, Djenderedjian, Rosenthal y Khani, 1977), un trastorno de los impulsos (Zanarini, 1993); o, como una entidad relacionada con el trastorno por estrés postraumático (Kroll, 1993).

Las características fundamentales de lo que hoy define el T.L.P. fueron descritas por Gunderson y Kolb (1978) y se incorporaron a las clasificaciones psiquiátricas contemporáneas en el D.S.M.-III en 1980 (A.P.A., 1980). En la última de las publicaciones de los manuales de las clasificaciones diagnósticas, el D.S.M.-5 (A.P.A., 2013), se define el T.L.P. como un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, de la autoimagen y del afecto, con alteraciones de conducta caracterizadas por una marcada impulsividad, que empieza en la edad adulta precoz y que se presenta en una importante diversidad de contextos (Ver Tabla 1). Se ubica en la sección III, una alternativa diagnóstica en base a un modelo híbrido dimensional-categorial, que enfatiza los rasgos de personalidad desde un concepto dimensional, es decir, un continuo patología-salud, y que a diferencia del modelo diagnóstico politético previo, para llegar al diagnóstico de T.L.P. debe darse una afectación del

funcionamiento de la personalidad moderada o grave y la presencia de cuatro o más de una serie de rasgos patológicos, con la obligación de que al menos uno sea impulsividad, asunción de riesgos u hostilidad. Una gran cantidad de estudios orientan hacia una representación dimensional de los trastornos de personalidad (Suzuki, Samuel, Pahlen y Krueger, 2015; Zimmerman, Chelminski, Young, Dalrymple, y Martinez, 2012), en el presente trabajo se utilizan las dos aproximaciones, tanto la dimensional como la categorial.

Una descripción que resulta útil, por lo operativa de la misma, es la realizada por Linehan (1993). Esta autora entiende que las características comunes a las personas con T.L.P. son las siguientes: vulnerabilidad emocional (elevada activación emocional, elevada sensibilidad a los estímulos emocionales negativos, requiriendo mucho más tiempo para volver al nivel base de activación y alta impulsividad), autoinvalidación (tendencia a invalidar sus propias emociones, pensamientos, creencias y conductas, estableciendo expectativas personales muy ambiciosas que finalmente se dan lugar a un intenso sentimiento de vergüenza, odio e ira dirigida a sí mismos), aflicción inhibida (tendencia a inhibir respuestas emocionales negativas) y aparente competencia.

En definitiva, todas las definiciones y criterios diagnósticos propuestos comparten entre sí la inestabilidad en las relaciones interpersonales y dificultades de regulación emocional.

Tabla 1. Criterios diagnósticos del T.L.P. según D.S.M.-IV-TR y D.S.M. 5.

Criterios para el diagnóstico de F60.3 Trastorno límite de la personalidad (301.83)
Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:
1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. Ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida). Nota: no incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el criterio 5.
5. Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. Ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. Ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

Datos obtenidos de el D.S.M.-5 (A.P.A., 2013).

1.2.2. Epidemiología y curso clínico.

Los datos epidemiológicos indican que entre el 1 y el 3% de la población general presenta un T.L.P. (Lezenweger et al., 2007; NICE, 2009), siendo los datos en población clínica mucho más elevados (Tyrrer et al., 2015), según algunos estudios se alcanzan cifras de entre el 30 y el 60% de los pacientes con trastorno de la personalidad (Molina, Danulat, Oviedo y González, 2004), constituyendo el trastorno de personalidad más diagnosticado. El diagnóstico es predominantemente femenino, aproximadamente un 75% del total de casos (Herpertz, Zanarini, Schulz, Siever, Lieb y Möller, 2007). Aunque los primeros síntomas del T.L.P. suelen aparecer al inicio de la adolescencia (Miller, Muehlenkamp y Jacobson, 2008), cuando se realiza el diagnóstico la mayoría de los pacientes tienen una edad comprendida entre los 19 y los 34 años, y pertenecen a grupos de nivel socioeconómico medio. La variabilidad de las presentaciones clínicas

del T.L.P. (Bornovalova et al. 2010; Hallquist y Pilkonis, 2012; Gunderson, 2009; Holm y Severinsson, 2008; Lenzenweger, Clarkin, Yeomans, Kernberg y Levy 2008; Reeves-Dudley, 2017; Smits et al., 2017; Wright, Hallquist, Morse, Scott, Stepp, Nolf y Pilkonis, 2013) y las frecuentes comorbilidades contribuyen a que sea un trastorno infradiagnosticado (Salvador-Carulla, Bendeck, Ferrer, Andi3n, Aragon3s y Casas, 2014) y con una demora en su diagn3stico de 9,5 a3os en mujeres y de 6,5 a3os en hombres (Rubio y P3rez, 2003). Por otro lado, debido a las dificultades diagn3sticas y la elevada comorbilidad, en ocasiones la categor3a diagn3stica de T.L.P. ha sido utilizada como un “caj3n de sastre”, confundi3ndose con otros tipos de alteraciones de la personalidad o incluso trastorno bipolar.

El curso cl3nico de las personas con T.L.P. es muy heterog3neo (Kjaer, Biskin, Vestergaard, Gustafsson y Munk-J3rgensen, 2016), pero con frecuencia inestable (Gunderson et al., 2000; Leichsenring et al., 2011; Zanarini et al., 2010b), con numerosas reagudizaciones que se corresponden con per3odos de crisis (autolesiones, intentos de suicidio, abuso de sustancias, s3ntomas psic3ticos transitorios, agresiones, conductas sexuales de riesgo, hurtos, atracones y purgas...), por las que a menudo se acude a los servicios de urgencias. Aunque el T.L.P. tradicionalmente se ha considerado como refractario y cr3nico, varios estudios han encontrado una tendencia a la remisi3n, que se sit3a entre el 78% y el 99% a los 16 a3os de seguimiento (Gunderson et al., 2000; Zanarini, Frankenburg, Reich y Fitzmaurice, 2012), que consiste sobretudo en cambios en la sintomatolog3a; remiten la impulsividad y persisten las alteraciones afectivas y los problemas interpersonales (Alvarez-Tom3s et al., 2017; Leichsenring et al., 2011). A pesar de tener un 10-36% de recurrencias (Zanarini et al., 2012), tiene un

mejor pronóstico que otras enfermedades mentales graves como la esquizofrenia o el trastorno bipolar (Herpertz et al., 2007).

Sin embargo, se trata de una patología grave debido a las conductas de riesgo asociadas, destacando las conductas autolesivas e intentos de suicidio o gestos parasuicidas que se dan en el 75% de los casos (Oldham, 2006), situándose la tasa estimada de suicidio consumado entorno al 10% (Oldham et al., 2001; Skoldo et al, 2002b). Esta tasa de suicidio consumado es un 50% más elevada que en la población general (A.P.A., 2001). Son este tipo de comportamientos peligrosos los que suelen provocar un elevado número de ingresos hospitalarios y en centros penitenciarios. La afectación de la funcionalidad es significativa, incluso en ausencia del diagnóstico completo (Niesten e Isabella, 2016; Ten Have et al., 2016), y en comparación con otros trastornos de la personalidad (Skoldo et al, 2002b). Además, se trata de una patología con un elevado índice de comorbilidad con otros trastornos mentales, como los trastornos de alimentación y la dependencia de sustancias (Links y Eynan, 2013; Riihimaki et al., 2014), también asociados a mayores tasas de mortalidad. Las personas con T.L.P. tienen un funcionamiento social empobrecido, es menos probable que sean capaces de mantener un empleo y perciben su vida como menos satisfactoria en comparación con las personas sin un trastorno de personalidad (Zanarini et al., 2009) y con otro tipo de psicopatología (Skoldo, Bender, Gundersen, 2014).

La gravedad de las conductas junto con la elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, convierten a las personas con T.L.P. en usuarios asiduos de los servicios de urgencias y de S.M. Constituyendo el 10% de los pacientes ambulatorios y el 20% de los ingresos en S.M. (Trull, Jahng, Tomko, Brown y Scheiderer, 2010), consumiendo una cantidad de recursos significativamente mayor al resto de los pacientes (Soeteman, et al., 2008).

1.2.3. Modelos etiológicos.

A pesar del gran número de estudios sobre el tema en la última década (Chanen 2015), los factores asociados a la génesis del T.L.P. son complejos y actualmente no se dispone de ningún modelo etiopatogénico que haya podido integrar la evidencia disponible. La Guía de Práctica Clínica del N.I.C.E. (2009), así como diferentes modelos teóricos, enfatizan la interacción de los factores biológicos y psicosociales en el desarrollo del trastorno (Gabbard, 2005; Paris, Gunderson y Weinberg, 2007; Wagner, Baskaya, Lieb, Dahmen y Tadic, 2009;): la vulnerabilidad genética, una disfunción neurobiológica de la regulación emocional, junto con el estrés, factores psicosociales y desorganización del sistema de vinculación. En una revisión sistemática reciente (Stepp, Lazarus y Byrd, 2016), se identificaron como los factores de riesgo más robustos; el bajo estatus socioeconómico, los sucesos vitales estresantes, la adversidad familiar, psicopatología materna, dimensión afectiva de la crianza, el maltrato físico o negligencia, bajo cociente intelectual y altos niveles de afecto negativo e impulsividad en el niño.

En relación a la vulnerabilidad biológica, los estudios indican que la influencia genética en el T.L.P. es del 69% (Gunderson et al., 2011). Sin embargo, la evidencia sugiere que la influencia genética en los trastornos de la personalidad en general, actúa a nivel tanto individual como en asociación a factores ambientales, no habiéndose podido identificar genes específicos asociados su desarrollo (Leichsenring et al., 2011; White, Gunderson Zanarini y Hudson, 2003). Por el contrario, se han descrito hallazgos específicos de la existencia de una alteración a nivel neurológico en el proceso de regulación emocional. En concreto, se hallado un déficit tanto estructural como funcional, en áreas cerebrales importantes para la regulación del afecto, la atención, el

autocontrol y la función ejecutiva (amígdala, el hipocampo y la región orbitofrontal). Las personas con T.L.P. muestran una mayor actividad en la corteza prefrontal y dorsolateral, y una menor actividad en la circunvolución anterior derecha del cuerpo calloso (Schmahl, Vermetten, Elzinga y Douglas, 2003).

En relación a los factores psicosociales, se han identificado varios factores de riesgo o predisponentes en la aparición de un T.L.P., entre los que se encuentran; la psicopatología en los padres (Conway, Hammen y Brennan 2015; Stepp et al., 2014; Reinelt et al., 2014; Winsper, Wolke y Lereya, 2015), la negligencia y falta de implicación emocional por parte de los cuidadores (Johnson et al., 2002) y un entorno familiar inestable o invalidante emocionalmente (Bradley, Jenei y Westen, 2005; Chanen, Jovev y Jackson, 2007; Fonagy y Bateman, 2007; Zweig-Frank y Paris, 1991). El abuso o maltrato infantil ha sido uno de los factores que más atención ha recibido en las investigaciones encontrándose una asociación entre la existencia de sucesos vitales negativos en relación a los cuidadores principales en edades tempranas y el desarrollo posterior de un trastorno de personalidad (Berenz et al., 2013; Carr et al., 2013; Ibrahim et al., 2017; Hesse, 2016; Infurna et al., 2016; Martín-Blanco et al., 2014 ; Mirza et al., 2016). Entre el 30% y 90% de los pacientes con T.L.P. informaban de haber sufrido abuso sexual, maltrato físico o psicológico en su infancia (Ball y Links, 2009; Bornolova, Gratz, Delany-Brumsey, Paulson y Lejuez 2006; Carlson, Egeland y Sroufe 2009; Golier et al., 2003; Venta, Kenkel-Mikelonis y Sharp, 2012; Zonarini, 2000). La mayor gravedad de los abusos sufridos en la infancia se asocia con mayor sintomatología límite y mayor severidad de afectación de la funcionalidad (Sansone, Songer y Miller, 2005; Zonarini et al., 2002). Sin embargo, y a pesar de esta clara asociación no se han encontrado evidencias que indiquen una relación directa entre el

abuso o maltrato infantil y la psicopatología en la edad adulta (Bornovalova et al., 2013; Paris et al., 2007).

Sobre el proceso de vinculación, son muchos los estudios que se han realizado sobre la relación entre los procesos de apego y el desarrollo del T.L.P., encontrando que, pese a que no existe una relación evidente entre el diagnóstico de T.L.P. y una categoría de apego concreta (dado que los resultados de los estudios son contradictorios), el T.L.P. se asocia con inseguridad en el apego, presentando apego seguro únicamente en el 6-8% de los casos (Levy, 2005). Se realizará una exposición más detallada del tema posteriormente. La conceptualización del proceso de desarrollo del T.L.P. partiendo del estilo de vinculación, es coherente con el concepto del entorno familiar invalidante descrito por Linehan (1993). Esta autora plantea que las experiencias emocionales negativas, la simplificación de la resolución de problemas, la negligencia, el apego inseguro, el abuso físico, sexual y emocional, así como el trauma, conforman un entorno familiar invalidante que identifica como caldo de cultivo del T.L.P.

Esta perspectiva también es congruente con la hipótesis del trauma en el contexto de las relaciones vinculares como factor determinante en la génesis del T.L.P. Algunos autores (De Zulueta, 2009) han propuesto entender el T.L.P. como un trastorno de estrés posttraumático, ya que existe un solapamiento entre los patrones de apego desorganizados y el trauma psicológico en las manifestaciones psicobiológicas (Van der Kolk, 1994). Al verse expuesto a situaciones en las que ha sido amenazado por la misma persona que se supone debe proveer cuidado y seguridad, se produce una disociación de los recuerdos y experiencias con la función de preservar el apego, de la misma manera que ocurre ante un evento traumático, organizándose el trauma a un nivel

sensorial o somático versus integrado en la memoria declarativa (Van der Kolk, 1994), y reactivándose ante estímulos evocadores provocando una elevada activación emocional que se experimenta con sensación de extrañeza e incompreensión limitando la capacidad de regulación emocional.

En definitiva, parece tratarse de un modelo etiopatogénico complejo, pero de carácter biopsicosocial, en el que tanto factores ambientales como la vivencia de eventos negativos durante la infancia, situaciones traumáticas o negligentes en relación a las figuras de apego tienen un peso importante en el desarrollo del T.L.P., en interacción con la vulnerabilidad biológica.

1.3. EL APEGO

1.3.1. Teoría del Apego

El fundador de la teoría del apego fue John Bowlby (1973,1977), autor que en la década de los 60, desarrolló una teoría a partir de los conceptos derivados de la psicología del desarrollo, mediante la que describía cómo los niños se convierten en personas emocionalmente apegadas a sus primeros cuidadores, así como los efectos emocionales que resultan de la separación o pérdida. Bowlby planteó que el estilo de apego se desarrolla a medida que se repiten situaciones de interacción entre el niño y su cuidador, en las que ante sentimientos displacenteros el niño activa comportamientos de búsqueda de proximidad física, contacto visual, sonrisa...etc. (comportamientos de apego), buscando una respuesta en el adulto. El proceso de vinculación constituye un proceso dinámico con funciones adaptativas y, por lo tanto, tanto las respuestas del cuidador como las del niño se van modificando en función de si son eficaces en la interacción con el otro.

Aunque en un principio Bowlby enfatiza la connotación instintiva del apego, como una función básica evolutiva para protegerse de los depredadores (Bowlby, 1969), señala su importancia en el desarrollo emocional. Es en esta interacción diádica en la que se sientan las bases para el desarrollo de los procesos de regulación emocional (Sroufe 1996). El intercambio de afecto entre el niño y el cuidador/a, proveen una fuente de información para el niño acerca de sus estados internos (Fonagy et al., 1995), constituyendo el andamiaje para desarrollar habilidades de regulación emocional propias. En situaciones óptimas, el cuidador se muestra disponible, sensible, comprende y responde de forma adecuada ante las reacciones emocionales del bebé consiguiendo

restablecer el equilibrio emocional cuando está intranquilo, desarrollando así un sistema regulador diádico instaurado en la propia relación. De esta manera, el niño ante situaciones de malestar emocional buscará a la figura de apego para su recuperación y entorno al primer año de vida comenzará a integrar sus expectativas basadas en experiencias previas con su cuidador en “Modelos Operativos Internos”. Este concepto acuñado por Bowlby (1973), se refiere a patrones representacionales sobre uno mismo, los otros y el mundo, que permiten la organización de la experiencia en situaciones interpersonales a lo largo de los diferentes estadios evolutivos (Bowlby, 1988; Marrone, 2008, Melero y Cantero, 2008; Soares y Dias, 2007). La calidad de estos patrones de interacción de la infancia constituyen una marca en el desarrollo posterior de la persona (Lorber y Egeland, 2009; Sroufe, Coffino y Carlson, 2010), mediante los modelos representacionales de las figuras de apego (Miljkovitch et al., 2013), la evaluación del self como merecedor de cuidados y de los otros como capaces de proveerlos (George y West, 2012), así como mediante diferencias a nivel psicofisiológico ante situaciones de estrés, como una mayor activación de sistema nervioso simpático a nivel basal (Coan, Schaefer y Davidson, 2016; Lemche et al., 2006).

El sistema de apego es el responsable de mantener un equilibrio entre las conductas exploratorias y las conductas de proximidad, manteniendo una relación relativamente estable entre el individuo y su entorno. En el desarrollo del estilo de vinculación seguro influyen dos variables necesarias: la disponibilidad de una figura que proporciona la base segura al niño y la capacidad del niño de reconocer cuando otra persona es digna de confianza (factores internos). Siegel y Hartzell (2003), describen unas condiciones básicas para el desarrollo del apego seguro, que denominan “los ABCs del apego”: (“Attunement”, en inglés) Sintonía: alineación entre los estados internos de

la madre y los del niño, generalmente a través de la contingencia de señales no-verbales mutuas; (B) Equilibrio corporal, emocional y de los estados mentales del niño mediante la sintonía con la madre (“Balance”, en inglés) y; (C) Coherencia (“Coherente”, en inglés): sensación de integración que el niño adquiere a través de su relación con sus padres. Según Kobak, Zajac y Madsen (2016), es útil distinguir entre dos formas de alteraciones del apego; la debida a amenazas severas a la disponibilidad del cuidador (p.ej., situaciones de largas separaciones, divorcio, violencia entre los padres, amenazas de abandono...etc.) y la debida a amenazas severas a la respuesta de los cuidadores ante las necesidades (p.ej., abdicación de los cuidadores, amenazas al niño y miedo a los cuidadores). Las revisiones más recientes (Fearon y Belsky, 2016) destacan el valor de otros factores distales influyentes en el desarrollo de la seguridad de vínculo, independientes del estilo de crianza y la sensibilidad de los cuidadores, y que podrían actuar sobre ellos, entre ellos se encuentran factores de tipo genético, así como características psicológicas del cuidador. Es decir, aunque el estilo de vinculación se desarrolle en las interacciones con los cuidadores principales, los estudios más recientes orientan hacia la necesidad de explorar modelos mediacionales en los que se incluyan factores moderadores de las variables ya conocidas.

En definitiva, lo que la teoría del apego plantea es que el modelo de interacción entre el niño y sus padres, tiende a convertirse en una estructura interna, creando un sistema representacional cognitivo estable que guiará las relaciones interpersonales futuras. De este modo, varios autores coinciden en que el apego tiene un innegable valor de supervivencia en términos darwinianos (Garelli y Montuori, 1998; Sroufe, 2000) y puede considerarse como el “sistema inmunológico psicológico” del ser humano (Holmes y Johnson, 2009).

1.3.2. Neurobiología del Apego

La vinculación tiene lugar a través del sistema de recompensa dopaminérgico mesocorticolímbico, principalmente a través de la acción de dos hormonas: oxitocina y dopamina. La liberación de oxitocina, hormona hipotalámica relacionada con la aparición de la conducta maternal, está asociada a experiencias gratificantes de carácter psicosexual, favoreciendo esta a su vez la liberación de dopamina, hormona mediadora de la recompensa y la capacidad para la gratificación diferida, que reforzaría la relación de apego (Fonagy y Luyten, 2009; Heinrich y Domes, 2008). Algunos estudios demuestran que las experiencias tempranas negativas con el cuidador, como el abuso físico o emocional y la negligencia, se correlacionan con bajos niveles de oxitocina en líquido cefalorraquídeo, disminuyendo la sensibilidad para el reconocimiento de los estados intencionales del otro, que ocasiona una perturbación en la interacción afectiva social (Fonagy, Target, M., Gergely, Allen y Bateman, 2003).

Además, se ha demostrado que la oxitocina administrada por vía intranasal incrementa la precisión en el reconocimiento de expresiones emocionales (Domes, Heinrichs, Michel, Berger y Herpertz, 2007) y la valoración de caras como atractivas y de confianza (Kosfeld, Heinrichs, Zak, Fischbacher y Fehr, 2005; Theodoridou, Rowe, Penton-Voak, Rogers, 2009). En personas que tienen un estilo de apego inseguro, la oxitocina facilita actitudes seguras en las relaciones inhibiendo el sistema de apego inseguro (Buchheim et al., 2009). Sin embargo, parece tener un efecto paradójico cuando se administra a personas con T.L.P. obteniendo el resultado contrario (Bartz, et al., 2011), lo que sugiere que en este caso los sentimientos de cercanía, intimidad se asocian con miedo, ansiedad e incremento de la vulnerabilidad, resultando en una disminución de la confianza (Prunetti et al., 2008).

1.3.3. Estilos de Apego: Modelos Teóricos y Clasificaciones Diagnósticas

Es ampliamente conocido el trabajo de Mary Ainsworth, la segunda gran pionera en el estudio de la teoría del apego, que, con el objetivo de investigar experimentalmente los modelos internos de trabajo en los niños, desarrolló un procedimiento estandarizado al que denominó “situación extraña” (Ainsworth, Blehar, Waters y Wall, 1978; Ainsworth et al. 1985). En dicho experimento se estudiaba la conducta observable del niño ante la separación y ante el reencuentro con su cuidador principal, diferenciando tres patrones de comportamiento (ver Tabla 2). El trabajo de Ainsworth (1985) ha demostrado que la sensibilidad maternal ante las necesidades del niño es el primer determinante de la calidad del apego. Según esta autora, el 63% de los niños evaluados tenían un estilo de apego seguro, el 12% de los niños mostraba un estilo de apego ansioso-ambivalente y el 20-25% restante mostraban un estilo de apego ansioso-evitativo. Estos tres estilos de apego han sido estudiados de forma extensa y replicados en sociedades occidentales (Cassidy y Shaver, 1999; Solomon y George, 2016). Sin embargo, según la investigación se fue ampliando, Main y Solomon (1990), incluyeron una nueva categoría a la que denominaron apego desorganizado/no resuelto, constituido por niños que no presentaban una estrategia organizada para afrontar la separación de sus cuidadores, mostraban una conducta bizarra, contradictoria, presentando simultáneamente conductas claramente evitativas y otras claramente dirigidas a buscar el contacto, se golpeaban la cabeza con las manos, mostraban estereotipias o se quedaban paralizados (Main y Solomon, 1990). Este subtipo de apego se asocia con maltrato infantil, comunicación alterada, ambientes familiares conflictivos, extensas jornadas laborales de los padres, psicopatología materna, niños institucionalizados y en situación de adopción (Cyr et al., 2010; Forbes, Evans, Moran y Pederson, 2007; Hazen, Allen, Umemura, Heaton y Jacobvitz, 2015; Hobson, Patrick,

Crandell, García-Pérez y Lee, 2005; Jacobvitz, Leon y Hazen, 2006; Jacobvitz, Hazen, Zaccagnino, Messina y Beverung, 2011; Madigan, Benoit y Boucher, 2011; Madigan, Moran, Schuengel, Pederson y Otten, 2007; Melnick, Finger, Hans, Patrick y Lyons-Ruth, 2008; Solomon y George, 2016; Toth, Rogosch, Manly y Cicchetti, 2006).

Una clasificación equivalente de los estilos de vinculación ha sido confirmada en población adulta al explorar las representaciones de la infancia (Main, Kaplan y Cassidy, 1985), consistente en los estilos; autónomo, preocupado, rechazante y no-resuelto o desorganizado.

Tabla 2. Estilos de apego.

Estilo de apego	Descripción
Apego seguro (Ainsworth et al., 1978)	Exploran el medio y juegan en presencia del cuidador principal, mostrándose ansiosos ante la separación de éste y la presencia de extraños, pero con una pronta recuperación ante el reencuentro, reanudando la exploración del medio. Responde a niños sociables, con altos niveles de exploración y a cuidadores disponibles y cálidos y que atienden a las señales del niño, lo que le permite desarrollar un concepto de sí mismo positivo y un sentimiento de confianza.
Apego ansioso- evitativo (Ainsworth et al., 1978)	Se muestran indiferentes ante la separación del cuidador principal, sin manifestar más preferencia por éste que por un extraño. Responden con defensividad y evitando el contacto cercano, ante lo que el cuidador suele responder con conductas de rechazo, rigidez, hostilidad y aversión al contacto. Se da cuando el cuidador deja de atender las señales de necesidad de protección del niño, lo que no le permite el desarrollo del sentimiento de confianza que necesita y esperan ser desplazados sobre la base de las experiencias pasadas de abandono (Mikulincer, 1998).
Apego ansioso- ambivalente (Ainsworth et al., 1978)	Gran ansiedad ante la separación que imposibilita cualquier maniobra de distracción. Aunque se busca el reencuentro con el cuidador, este se realiza de forma hostil, con gestos de rechazo y enfado, fracasando cualquier intento para calmarse. Se da cuando el cuidador es inconsistente en cuanto a la disponibilidad. Exites evidente un fuerte deseo de intimidad, pero a la vez una sensación de inseguridad (Mikulincer, 1998).

Estilo de apego	Descripción
Apego desorganizado/no resuelto (Main y Solomon, 1990)	No presentan una estrategia organizada para afrontar la separación de sus cuidadores, muestra una conducta bizarra, contradictoria, presentando simultáneamente conductas claramente evitativas y otras dirigidas a buscar el contacto, golpes en la cabeza, estereotipias o se quedan paralizados (Main y Solomon, 1990). Se asocia con ambientes familiares conflictivos, extensas jornadas laborales de los padres, maltrato infantil, psicopatología materna y situaciones de adopción o institucionalización.

Elaboración propia.

Desde el descubrimiento de los diferentes tipos de apego por parte de Ainsworth (1978), se han producido cambios en la forma de entender el apego. Uno de los más significativos es el paso del modelo categorial al dimensional (Crowell, Fraley y Roisman, 2016). Destaca el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991), que plantea que los estilos de apego se corresponden con distintas combinaciones de dos dimensiones básicas del apego: la ansiedad que se genera en las relaciones interpersonales y la evitación entendida como la preferencia por una mayor o menor distancia con los demás (ver Tabla 3).

Tabla 3. Estilos de apego adulto según Bartholomew y Horowitz (1991).

- Evitación +		
	Expectativa positiva sobre los demás	Expectativa negativa sobre los demás
	Seguro	Evitativo
-	Autoconcepto positivo	Comodidad con la intimidad, autonomía, facilidad para las relaciones interpersonales. Desactivación del sistema de apego, se evitan las relaciones íntimas.
Ansiiedad	Confianza básica.	Desconfianza (distante).
+	Preocupado	Temeroso
	Autoconcepto negativo	Dependencia, deseo de aprobación, miedo al abandono. Miedo al rechazo, experiencia de frustración en las relaciones.
	Confianza ciega.	Desconfianza (temerosa).

Obtenida de Bartholomew, K., y Horowitz, L. M. (1991).

Otros modelos que se han propuesto para explicar los estilos de apego son los jerárquicos (Collins y Read, 1994), que plantean que las personas tenemos representaciones generales del apego, que se engranan en diferentes modelos específicos de relaciones concretas que se organizan de forma jerárquica.

También es conocido el modelo Modelo Dinámico Maduracional del apego (D.M.M. por sus siglas en inglés; Crittenden, 1995). En comparación con otras aproximaciones teóricas, este modelo pone énfasis en el efecto de la maduración, incidiendo en la posibilidad de cambio en las estrategias utilizadas en los senderos del desarrollo (diferentes momentos del ciclo evolutivo), otorgando menor importancia a los efectos acumulativos de las condiciones tempranas para limitar el potencial individual (Maughan y Kim-Cohen, 2005). Entendiendo que este proceso continúa hasta la edad adulta, puesto que tanto los procesos de maduración como los contextos son cambiantes. Por consiguiente, cada paso adelante en el desarrollo contiene la oportunidad de corregir estrategias no efectivas y generar otras. Según Crittenden las funciones del apego son la autoprotección y reproducción (Crittenden, 1995) y defiende que a partir de los patrones de apego se puede realizar un diagnóstico, así como, definir posibilidades terapéuticas

La psicopatología del vínculo aparece por primera vez en una clasificación diagnóstica con el D.S.M.-III (1980), con el trastorno reactivo del apego basado en la investigación de niños institucionalizados. Entre los criterios se incluyó una aparición antes de los ocho meses de edad y se equiparó con un retraso del desarrollo. Estas características desaparecieron en el D.S.M.-III-R (1987) y en su lugar se cambió la

aparición a los primeros cinco años de vida y el trastorno se dividió en dos subcategorías: inhibido y desinhibido. Posteriormente, el D.S.M.-IV y la C.I.E.-10 propusieron que los trastornos del vínculo se caracterizan por una crianza patogénica y una conducta social extraña, identificándose los subtipos; inhibido y desinhibido (según el D.S.M.-IV) y reactivo y desinhibido (según la C.I.E.-10). Con D.S.M.-5 se produce un cambio al incluirlos en la categoría de “Trastornos asociados con traumas y factores de estrés” (ver Tablas 4 y 5) y considerarlos como dos trastornos independientes (Zeanah y Gleason, 2010; A.P.A., 2013), debido a que tanto las características, el curso, la evolución y la respuesta a la intervención (Rutter, Kreppner y Sonuga-Barke, 2009), como las comorbilidades asociadas difieren (con sintomatología depresiva en el caso del trastorno reactivo y un patrón más impulsivo asociado al desinhibido; Zeanah, y Gleason, 2015). Otro cambio en el D.S.M.-5 es el de la “crianza patogénica” del D.S.M.-IV por “cuidado insuficiente”. Se ha encontrado una clara asociación entre el Trastorno reactivo de la vinculación de la infancia subtipo desinhibido y el apego desorganizado (Gleason, Bureau, Riley y Atlas-Corbett, 2014; Lyons-Ruth et al., 2009).

Tabla 4. Criterios diagnósticos del trastorno del apego reactivo según D.S.M.-5 (A.P.A., 2013).

Trastorno de apego reactivo 313.89 (F94.1)

A. Patrón constante de comportamiento inhibido, emocionalmente retraído hacia los cuidadores adultos, que se manifiesta por las dos características siguientes:

1. El niño raramente o muy pocas veces busca consuelo cuando siente malestar.
2. El niño raramente o muy pocas veces se deja consolar cuando siente malestar.

B. Alteración social y emocional persistente que se caracteriza por dos o más de los síntomas siguientes:

1. Reacción social y emocional mínima a los demás.
 2. Afecto positivo limitado.
 3. Episodios de irritabilidad, tristeza o miedo inexplicado que son evidentes incluso durante las
-

Trastorno de apego reactivo 313.89 (F94.1)

interacciones no amenazadoras con los cuidadores adultos.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores adultos.
2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).
3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan cuando falta el cuidado adecuado del Criterio C).

E. No se cumplen los criterios para el trastorno del espectro del autismo.

F. El trastorno es evidente antes de los 5 años.

G. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual: El trastorno de apego reactivo se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Obtenido de D.S.M.-5 (A.P.A., 2013).

Tabla 5. Criterios diagnósticos del trastorno de relación social desinhibida según

D.S.M.-5 (A.P.A., 2013).

Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2)

A. Patrón de comportamiento en el que un niño se aproxima e interacciona activamente con adultos extraños y presenta dos o más de las características siguientes:

1. Reducción o ausencia de reticencia para aproximarse e interaccionar con adultos extraños.
2. Comportamiento verbal o físico demasiado familiar (que no concuerda con lo aceptado culturalmente y con los límites sociales apropiados a la edad).
3. Recurre poco o nada al cuidador adulto después de una salida arriesgada, incluso en contextos extraños.
4. Disposición a irse con un adulto extraño con poca o ninguna vacilación.

B. Los comportamientos del Criterio A no se limitan a la impulsividad (como en el trastorno por déficit de atención con hiperactividad) pero incluyen un comportamiento socialmente desinhibido.

C. El niño ha experimentado un patrón extremo de cuidado insuficiente como se pone de manifiesto por una o más de las características siguientes:

1. Negligencia o carencia social que se manifiesta por la falta persistente de tener cubiertas las
-

Trastorno de relación social desinhibida 313.89 (F94.2)

necesidades emocionales básicas para disponer de bienestar, estímulo y afecto por parte de los cuidadores

adultos.

2. Cambios repetidos de los cuidadores primarios que reducen la oportunidad de elaborar un apego estable (p. ej., cambios frecuentes de la custodia).

3. Educación en contextos no habituales que reduce en gran manera la oportunidad de establecer un apego selectivo (p. ej., instituciones con un número elevado de niños por cuidador).

D. Se supone que el factor cuidado del Criterio C es el responsable de la alteración del comportamiento del Criterio A (p. ej., las alteraciones del Criterio A comienzan tras el cuidado patógeno del Criterio C).

E. El niño tiene una edad de desarrollo de al menos 9 meses.

Especificar si:

Persistente: El trastorno ha estado presente durante más de 12 meses.

Especificar la gravedad actual: El trastorno de relación social desinhibida se especifica como **grave** cuando un niño tiene todos los síntomas del trastorno, y todos ellos se manifiestan en un grado relativamente elevado.

Obtenido de D.S.M.-5 (A.P.A., 2013).

1.3.4. Estabilidad de los Patrones de Vinculación Afectiva

En general se acepta que los estilos de apego tienden a mantenerse en el tiempo, lo que permite al individuo preservar un sentido de identidad y continuidad personal, desarrollando para ello, distorsiones cognitivas que permiten relacionarse con los otros de una manera consistente. Diversos estudios han demostrado la permanencia en la adolescencia y la edad adulta de los mismos patrones de apego observados en la infancia (Hazan y Shaver, 1987; Kobak y Zajaz, 2011; Pinguart, Feusner y Ahnert, 2013), encontrándose una correspondencia del 68% al 75% en estudios longitudinales (Main y Hesse, 1997). Esto es debido principalmente a la persistencia de los modelos mentales del sí mismo y de los otros, que operan en un contexto de entorno familiar relativamente estable (Stein, et al., 2002).

Otro dato que apoya la idea de la estabilidad del apego, son las evidencias que confirman la transmisión generacional del estilo de vinculación de padres a hijos (Verhage et al., 2016). Se ha comprobado que adultos seguros tienen entre tres y cuatro veces más probabilidades de tener hijos seguros (Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt, 1991; Van Ijzendoorn, 1995). Sin embargo, hasta la fecha no se ha podido constatar una base genética que avale la transmisión intergeneracional del comportamiento de apego (Fearon et al. 2017), ni se conocen con exactitud las variables que influyen en que progenitores con un patrón de apego seguro desarrollen relaciones de apego seguro con sus hijos (Van Ijzenioorn 1995).

Sin embargo, a pesar de tender a la estabilidad y la autoperpetuación, los modelos internos de trabajo son susceptibles de cambiar (Booth-LaForce et al., 2014; Haydon, Roisman, Owen, Booth-LaForce, y Cox, 2014; Sroufe, Egeland, Carlson, y Collins, 2005), en la medida en que la persona va teniendo nuevas experiencias con figuras de apego seguras o cuando se vive algún proceso de redefinición, como podría ser un proceso psicoterapéutico (Fraleay, 2002). También existen estudios que han encontrado datos que indican discontinuidad en el estilo de apego (Hamilton, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell y Albersheim, 2000; Weinfield, Sroufe y Egeland, 2000), debida a cambios relevantes en relación con los cuidadores principales (Booth-LaForce et al., 2014; Allen, McElhaney, Kuperminc y Joel, 2004).

En definitiva, se asume que los patrones de apego son relativamente estables, aunque también permeables ante la experiencia interpersonal novedosa.

1.3.5. Métodos de Evaluación del Apego Adulto

El mayor impulso en la evaluación del apego adulto ocurrió cuando Main et al (1985) desarrollaron la Entrevista de consiste en una entrevista semiestructurada para evaluar los homólogos de los patrones de apego identificados en la infancia en la edad adulta. La duración es aproximadamente de una hora y se compone de preguntas que valoran de forma retrospectiva las relaciones de la infancia con las figuras de apego. En función de las respuestas se analiza la narrativa que construye la persona, más que el contenido en sí mismo, y se decide con qué estilo de apego se corresponde. Aunque se ha considerado el instrumento de evaluación del apego adulto de referencia, la A.A.I., tiene importantes limitaciones:

- Definición categorial del apego. Existiendo una categoría de “Sin clasificar” para aquellos casos que no encajan en los estilos de apego establecidos. Se ha demostrado que designar esta categoría es frecuente al evaluar personas con T.L.P. (Levy, Meehan, Kelly, Reynoso, Weber y Clarkin, 2006).

- La clasificación de apego no resuelto solamente puede ser utilizada si existe una historia de abuso temprano o la pérdida de figuras de apego.

- Requiere un tiempo excesivo de aplicación.

- Perspectiva categorial que no contempla la posibilidad de valorar un continuo de severidad de cada dimensión del apego.

Otro tipo de instrumentos ampliamente utilizados en la evaluación del apego son los autoinformes que se desarrolla en la tradición de la psicología social. Se pueden destacar los siguientes;

- Autoinforme de apego (A.S.R., Hazan y Shaver 1984): Se pide a la persona que elija de entre tres párrafos que representan los diferentes patrones de apego (seguro, ambivalente y evitativo) el que mejor describa sus relaciones.

-The Relationship Questionnaire (R.Q., Bartholomew y Horowitz, 1991) y The Relationship Scales Questionnaire (R.S.Q., Griffin y Bartholomew, 1994): Con estos instrumentos, los autores dan un paso más integrando los hallazgos provenientes de la psicología social y la psicología evolutiva sobre el apego, basados en la combinación de los modelos operativos de Bowlby y el modelo de los propios autores fundamentado en la intersección de las representaciones de uno mismo y de los otros. Por lo tanto, responde tanto a una perspectiva categorial como dimensional de los estilos de apego. Sin embargo, a pesar de las ventajas que presenta a priori, es un instrumento cuyas propiedades psicométricas no son tan robustas. El R.Q. consiste en un cuestionario breve en el que se pide a la persona que valore en una escala del 1 al 7 cuanto se ajustan unos párrafos que describen los diferentes estilos de apego a si mismos. El R.S.Q. consiste en 17 items sobre sentimientos, pensamientos y conductas en las relaciones que reflejan las dimensiones de los modelos operativos internos tanto de uno mismo como de los otros.

-Cuestionario de estilo de apego (Feeney, Noller y Hanrahan, 1994); Se trata de un autoinforme derivado del A.S.R. y el R.Q., que ofrece puntuaciones en cinco dimensiones; confianza, incomodidad en la intimidad, necesidad de aprobación, preocupación por las relaciones y las relaciones como secundarias.

-Escala de experiencias en relaciones íntimas (E.C.R.-R, Brennan y Shaver, 1998); Se trata de un instrumento validado y de uno de los autoinformes de apego más estudiado. Evalúa el apego desde un modelo dimensional; apego

ansioso y evitativo (Brennan y Shaver, 1998). Es una escala de 36 ítems, con 18 preguntas para evaluar cada dimensión y se solicita que se valore en una escala de 7 puntos el grado en el que están de acuerdo o desacuerdo con cada ítem en términos de cómo se comportan generalmente en sus relaciones cercanas. De esta forma se calcula la puntuación media para las dos dimensiones descritas previamente y se indica también el estilo de apego correspondiente desde una aproximación categorial.

- Cuestionario de apego adulto (Melero y Cantero (2008); consiste en un autoinforme de 40 ítems que evalúa cuatro tipos de apego; seguro, preocupado, temeroso-hostil y alejado.

-Cuestionario de Apego Recíproco (R.A.Q., West y Sheldon-Keller, 1992); Se trata de un cuestionario de 43 ítems, en el que se pide a la persona que puntué en una escala de 5 tipo Likert el grado en el que cada afirmación sobre el apego es cierta. Se evalúan cinco dimensiones: búsqueda de la proximidad, protesta ante la separación, miedo a la pérdida, disponibilidad de la figura de apego y uso de la figura de apego.

-Versión Reducida del cuestionario CaMi-R para la evaluación del apego (Pierrehumbert, Ramstein, Karmaniola y Halfon, 1996). Este cuestionario mide las representaciones de apego, valorando tanto las experiencias de apego de la infancia y el funcionamiento familiar del presente. Es un instrumento ampliamente utilizado tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico. La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a representaciones del apego (Seguridad, Preocupación familiar, Interferencia de los padres, Autosuficiencia y rencor contra los padres, y Traumatismo infantil) y las dos restantes a las representaciones de la estructura

familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). Las dimensiones se asocian a un subtipo de apego (seguro, evitativo, ambivalente o desorganizado). La versión española extensa del CaMir (Pierrehumbert et al., 1996, adaptado al castellano por Lacasa, 2008), consta de 72 ítems.

Posteriormente, se desarrolla una versión reducida del cuestionario (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011), con la intención de reducir el tiempo de aplicación de la versión original. Esta versión consta de 32 ítems que han de valorarse con una escala Likert (de 1 a 5), que oscila entre “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”.

Es importante señalar las diferencias entre la evaluación del apego mediante autoinforme y entrevista. La información obtenida en los autoinformes se basa en percepciones conscientes de la persona sobre su propio proceso de vinculación, y en la mayoría de los casos se trata de métodos retrospectivos, por lo tanto, la información es objeto de sesgos (Stein et al., 1998). Además, los autoinformes proveen información sobre el estilo de apego con relaciones concretas, en lugar de sugerir un modelo representacional subyacente, tal y como ocurre con la A.A.I. Otra diferencia importante entre estas dos formas de evaluar el apego es que la propia conceptualización del apego, considerado como un constructo dimensional en la evaluación mediante autoinformes, por contraposición a la A.A.I. (Crowell et al., 2016), habiendo sido valorado en general como positivo en este cambio (Fraley et al., 2015). Por todo lo anterior, podría esperarse una escasa correlación entre los autoinformes y las entrevistas, sin embargo, los resultados de algunos estudios indican que independientemente sobre cómo sea medido el apego, se ha encontrado relación entre el apego inseguro y el malestar emocional, la

alteración del funcionamiento interpersonal y la psicopatología (Crowell, Treboux y Waters, 1999; Mikulincer y Shaver, 2007).

Una metodología que ha aparecido recientemente es The Biometric Attachment Test (B.A.T., Parra, Miljkovitch, Persiaux, Morales y Scherer, 2017), desarrollado para medir de forma objetiva el apego adulto, mediante las reacciones verbales, comportamentales y fisiológicas (tasa cardíaca, respuesta electrodermal...etc) ante una serie de estímulos que provocan la alternancia entre la activación y desactivación del sistema de apego (muerte, separación, intimidad, protección...etc.).

Otra manera de evaluar el estilo de vinculación es a través de las representaciones simbólicas, utilizadas principalmente en la infancia. Entre estas se encuentran el Test de Ansiedad de Separación (S.A.T., en inglés; Shouldice y Stevenson-Hinde, 1992), que consiste en describir cómo se siente y cómo se comporta un niño en unas fotografías. También, hay protocolos de juego en los que se pide al niño que escenifique historias con muñecos que representan a los diferentes miembros de su familia.

1.3.6. Estilo de Vinculación y Psicopatología

Según la teoría del apego, la inseguridad del vínculo reduce la resiliencia ante sucesos vitales estresantes (Bowlby, 1988). Ya Bowlby (1973) afirmaba que “*muchas formas de estrés emocional y alteraciones de la personalidad*” (p.201) eran consecuencias de un apego inseguro, llegando incluso a relacionar algunos trastornos de personalidad con estilos de apego inseguro concretos, por ejemplo, señalaba que el

apego inseguro conduce a “*personalidades dependientes e histéricas*” (1973, p.124) y el apego evitativo a “*una personalidad psicopática*” (1973, p.14). Desde la óptica de su teoría de los modelos operativos, las personas con un apego seguro están más preparadas para afrontar una amenaza para el vínculo, restaurar la confianza con cuidadores alternativos y mantener la resiliencia. Por el contrario, cuando esto ocurre en un apego inseguro, es más probable que se amplifiquen las reacciones emocionales de rabia, enfado o tristeza que supongan una severa amenaza para el vínculo (Kobak et al., 2016).

Son numerosas las investigaciones que relacionan la psicopatología con la alteración de los procesos de vinculación, habiéndose demostrado los efectos adversos en el desarrollo social y cognitivo incluso en primates. Los famosos experimentos de Harlow (Harlow y Meras, 1979), constituyeron un gran avance en el estudio del apego, demostrando que el vínculo entre madres y crías iba mucho más allá del alimento, las crías necesitaban establecer contacto para desarrollarse psicológicamente. También se ha demostrado que la privación de la experiencia social temprana en primates produce cambios en el sistema neuroquímico que provocan alteraciones de conducta (Kraemer, 1985). Por lo tanto, el desarrollo del vínculo afectivo se lleva a cabo por un complejo proceso tanto físico como emocional, incluso los estudios neurológicos demuestran que el apego seguro es un factor protector para la S.M., así como el inseguro es un factor de vulnerabilidad psicológica, siendo la clave la función de autorregulación emocional (Canterberry y Gillath, 2013; Siegel, 2001).

En las pasadas décadas se llevaron a cabo numerosos estudios sobre la relación entre el estilo de apego y la S.M., a pesar de ello, las conclusiones son limitadas debido a la heterogeneidad de los mismos (Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Lapsley y Roisman, 2010). Sin embargo, un hallazgo ampliamente replicado es que la inseguridad en el apego, en cualquiera de sus formas, se asocia a mayor vulnerabilidad ante la psicopatología, tanto en la infancia como en la edad adulta (Bakermans-Kranenburg y van IJzendoorn, 2009; Camps-Pons, Castillo-Garayoa y Cifre, 2014; Diamond et al., 2014; Keskin y Cam, 2010; McLewin y Muller, 2006; Mikulincer y Shaver, 2012 y 2016; Soares y Dias, 2007; Sroufe et al., 2010; Ward, Lee y Polan, 2006). De forma específica, se relaciona el apego inseguro con trastornos afectivos (Allen, Porter, McFarland, McElhaney y Marsh, 2007; Doron et al., 2012; Lyons-Ruth, 2007; Schimmenti, 2016; West y George, 2002), conducta suicida (Adam, Sheldon-Keller y West, 1996; Cole-Detke y Koback, 1996; Rosenstein y Horowitz, 1996), sintomatología positiva en psicosis (Korver-Nieberg, Berry, Meijer, de Haan, and Ponizovsky, 2015), trastornos de conducta y adicciones (Elgar, Curtis, McGrath, Waschbusch y Stewart, 2003; Golder, Gillmore, Spieker y Morrison, 2005; Joplin, Nelson y Quick, 1999; Schindler et al., 2005) y trastornos alimentarios (Illing, Tasca, Balfour y Bissada, 2010; Soares y Dias, 2007). En concreto, el subtipo de apego inseguro considerado de mayor gravedad, el apego desorganizado, se ha relacionado con síntomas disociativos (Liotti, 1992; Lyons-Ruth, et al., 2009), T.L.P. y conductas autolesivas (Carlson, et al., 2009; Lyons-Ruth, Bureau, Holmes, Easterbrooks y Brooks, 2013) y abuso de sustancias (Shi, Bureau, Easterbrooks, Zhao y Lyons-Ruth, 2012). También, se ha encontrado una alta asociación entre la inseguridad en el apego y experiencias traumáticas relacionadas con las figuras de apego en la infancia (Bayley, Moran y Pederson, 2007; Carr et al., 2013; Cirasola, Hillman, Fonagy y Chiesa, 2017;

Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer y Shaver, 2010; Hesse, 2016; Ibrahim et al., 2017; Mirza et al., 2016).

En un estudio longitudinal a lo largo de 25 años, Bakermans-Kranenburg y Van IJzendoorn (2009), encontraron que en población clínica la incidencia de casos de apego inseguro era significativamente mayor que en población no clínica. También se ha demostrado que esta asociación va en ambas direcciones, es decir, que la propia psicopatología contribuye a incrementar la inseguridad en los vínculos afectivos (Cozarelli, Karafa, Collins y Tagler, 2003; Davila, Burge y Hammen, 1997; Solomon, Dekel y Mikulincer, 2008). En dos metaanálisis independientes (Fearon et al., 2010; Groh, Roisman, van IJzendoorn, Bakermans-Kranenburg y Fearon, 2012), se encontró que; la inseguridad en el apego, se relacionaba con síntomas tanto internalizantes como externalizantes, aunque la relación era mayor en el segundo caso, en concreto los estilos evitativo y desorganizado se asocian más significativamente a problemas externalizantes.

En definitiva, existen datos suficientes para afirmar que la inseguridad en el apego se relaciona con la S.M., sin embargo, la naturaleza de estas relaciones no está clara (Cassidy et al., 2013). En este sentido, existen muchos menos estudios que exploran los factores influyentes en el desarrollo de psicopatología en personas con apego inseguro, es decir, porqué sólo algunas personas con estilo de apego inseguro desarrollan un trastorno mental, y de qué depende que se desarrolle una determinada psicopatología. Se ha sugerido que existen factores mediadores como las representaciones mentales de uno mismo, las habilidades de regulación emocional, los

problemas en las relaciones interpersonales, la flexibilidad cognitiva y el locus de control (Dağ y Gülüm, 2013). El modelo transdiagnostico (Ein-Dor y Doron, 2015), intenta explicar estas relaciones a través de la mediación de una triada de procesos asociados a la regulación emocional (la infra o sobrerregulación emocional, percepción de amenaza y búsqueda de apoyo social como ayuda), que operan como factores de riesgo transdiagnóstico proximales mediando entre el estilo de apego (factores de riesgo distales) y las múltiples psicopatologías. Son los factores mediadores específicos (abuso, negligencia, ambiente amenazante crónico, pérdida interpersonal...etc.) los que determinan las trayectorias divergentes (ver Figura 1). Según este modelo, la ansiedad en el apego incrementa la vulnerabilidad a la psicopatología a través de la triada; tendencia a sobre regular la afectividad negativa, una mayor vigilancia a los indicios de amenaza junto con una capacidad de empatía agudizada, y una percepción de menor capacidad de respuesta de ayuda de los otros. La evitación en el apego se asocia a la triada; tendencia a infrarregular el afecto y utilizar estrategias de distanciamiento emocional, autoconfianza compulsiva y bajos niveles de apoyo social percibido, junto con la percepción de baja capacidad de respuesta de de ayuda los otros. El modelo también indica la existencia de factores moderadores que facilitan la aparición de sintomatología mediante; el incremento de preocupaciones sobre las que actúan los factores proximales, fijando patrones conductuales mediante el condicionamiento, o determinando el valor reforzante de algunos estímulos (Nolen-Hoeksema andWatkins, 2011). En definitiva, lo que se plantea es que el estilo de apego se asocia a una triada de procesos, que mediante la interacción con factores específicos, crean el camino al desarrollo de una psicopatología específica, sin embargo, no desarrolla trayectorias explicativas del T.L.P., ni de otros trastornos de la personalidad.

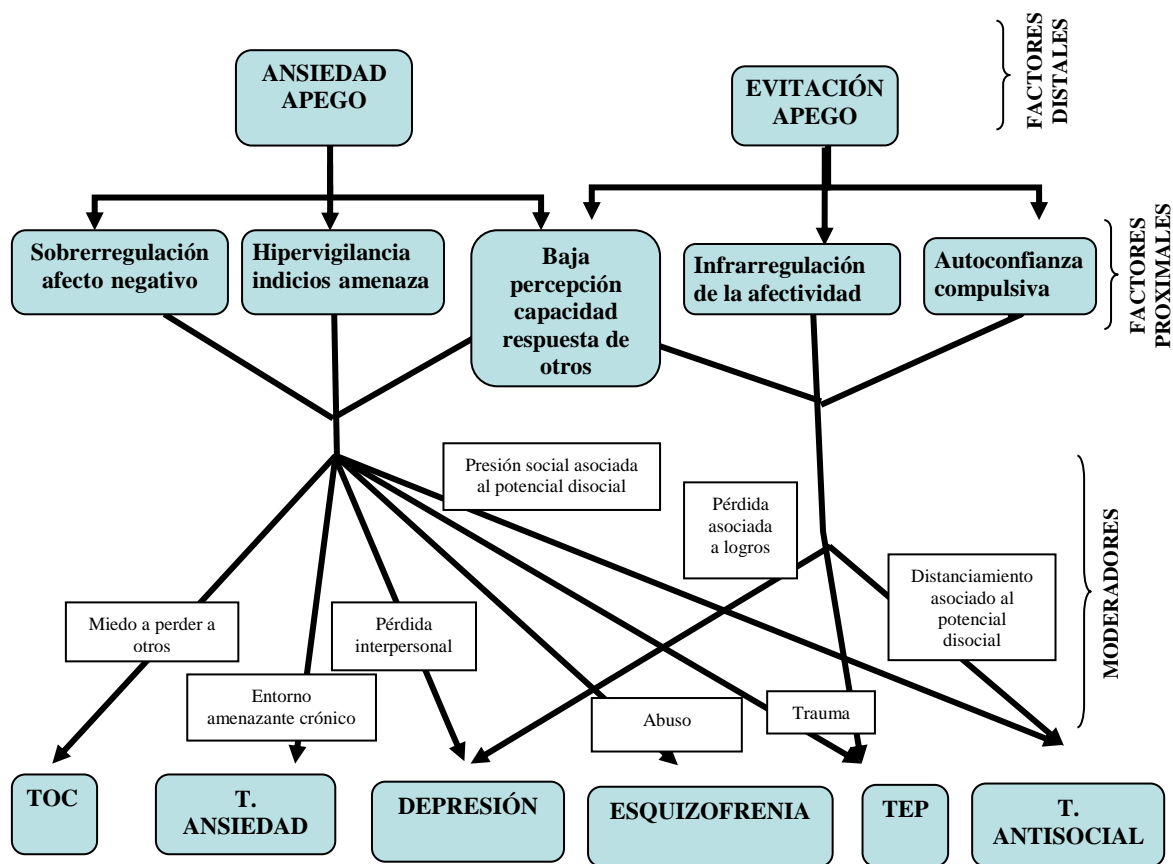


Figura 1. Modelo transdiagnóstico de Ein-Dor, Mikulincer, y Shaver. Traducción propia del modelo obtenido de Ein-Dor, T., Mikulincer, M., y Shaver, P. R. (2011a).

En definitiva, a pesar de la consistencia en los estudios sobre la asociación entre la psicopatología y la inseguridad en el apego, son todavía muchas las incógnitas sobre cómo es esta relación y las líneas de investigación más recientes plantean modelos mediacionales, enfatizando la necesidad de tener en cuenta otros mecanismos mediadores entre los que se han propuesto para futuras líneas de investigación la regulación emocional o los mecanismos psicofisiológicos (Fearon y Roisman, 2017).

1.3.6.1. Patrón de Apego Inseguro y Trastornos de Personalidad

Muchas de las características del apego inseguro adulto se asemejan a los síntomas de los trastornos de la personalidad (Adshead y Sarkar, 2012), incluso desde el punto de vista de algunos autores (Frias, Palma, Farriols, Gonzalez y Horta, 2016; Levy, 2005) el apego inseguro es la principal característica de estos. Por ello, existe una gran cantidad de estudios acerca de los patrones de apego en personas con trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B (Bender, Farber y Sélner, 2001; Levy, Scala, Temes y Clouthier, 2015), que demuestran de forma consistente que en esta población existe una mayor presencia de apego inseguro que en la población general (Cassidy y Shaver, 2008; Levy et al., 2015). También a la inversa, existen suficientes evidencias para afirmar que existe una relación inversa entre la seguridad en el vínculo y todos los trastornos de personalidad (Crawford et al., 2007; MacDonald, Berlow y Thomas, 2013; Westen, Nakash, Thomas y Bradley, 2006; Meyer y Pilkonis, 2005; Nakashi-Eisikovits, Dutra y Westen, 2002; Nickel et al., 2002).

Se ha sugerido que las personas con un estilo de apego ansioso son propensas a trastornos de la personalidad de tipo: histriónico, límite, por evitación y por dependencia. Por otro lado, la hipoactivación del sistema de apego exhibido por individuos con un estilo evitativo explicaría la asociación con trastornos de la personalidad esquizoide, esquizotípico, narcisista, antisocial y paranoide, (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Barone, 2003; Fossati et al., 2003; Levy, 2005; McGauley, Yakeley, Williams y Bateman, 2011; Westen, Shedler y Bradley, 2006). Sin embargo, Frias et al., (2016) han propuesto otro tipo de relaciones; el cluster A se asocia al apego evitativo, el cluster B al apego desorganizado y el cluster B al apego ansioso. Incluso, algunos autores como Blatt y Levy (2003), asignaron distintos niveles de

adaptación a diferentes estadios del desarrollo de psicopatología, proponiendo que los estilos de apego preocupado y evitativo se pueden valorar en un continuo en el que, según el grado de adaptación se pueden categorizar como sin patología o con diferentes trastornos de personalidad. Por ejemplo, en la dimensión de apego preocupado, en el extremo adaptativo se encontrarían personas sin patología, en el extremo opuesto estaría el T.L.P. y en un punto intermedio los trastornos dependiente e histriónico. En la dimensión de apego evitativo, en el extremo de baja adaptación estaría el trastorno antisocial de personalidad y en el punto intermedio los trastornos obsesivo-compulsivo y evitativo de personalidad.

Sin embargo, a pesar de estas aproximaciones, la asociación entre un tipo concreto de apego inseguro con cada trastorno de personalidad es un tema todavía pendiente (Levy et al., 2015; Weinstein, Feder, Rosenberg y Dannon, 2014) y las inconsistencias entre los estudios pueden deberse a que pueden existir otros factores influyentes en estas relaciones (Levy et al., 2015). Crawford et al., (2007), encontraron que el apego ansioso se asociaba con el componente de “desregulación emocional” de los trastornos de personalidad, que incluye confusión sobre la identidad, ansiedad, labilidad emocional, distorsiones cognitivas, sumisión, oposicionismo, autoagresividad, narcisismo y suspicacia. También encontraron (Crawford et al., 2007), que el apego evitativo se asociaba con el componente de los trastornos de personalidad que Livesley (1991), había denominado “inhibición”, que incluye restricción en la expresión emocional, problemas con la intimidad y evitación social.

Una aproximación teórica para la que la relación entre el apego y la psicopatología es central, es el Modelo Dinámico Maduracional del apego (Crittenden, 1995), que propone que la patología surge de una alteración del sistema de vinculación. La conducta inadaptada se vuelve significativa en términos de la historia evolutiva del individuo y de intentos de auto mejora o estrategias auto-protectoras que se aprenden en la interacción con las figuras protectoras. Los síntomas son aspectos funcionales de la estrategia diádica que cambiarán cuando las personas; perciban que no encajan con el contexto, tengan respuestas alternativas para ofrecer, o sientan que es seguro comportarse de maneras alternativas. Por lo tanto, la psicopatología es considerada como el resultado de efectos acumulativos de una serie de agravios del desarrollo y convierte estas estrategias disfuncionales en el objetivo a intervenir en el proceso psicoterapéutico.

1.3.6.2. Patrón de Apego Seguro y Resiliencia

Se entiende la resiliencia como un proceso dinámico que implica una trayectoria de S.M. imperturbable o con una rápida recuperación ante un evento potencialmente traumatizante o un periodo de adversidad prolongada (American Psychological Association, 2010; Kent, Davis y Reich, 2014; Manzini y Bonanno 2009; Norris, Tracy y Galea, 2009; Sapienza y Masten 2011).

El estilo de apego seguro se ha relacionado con adaptación, competencia social y emocional (Allen et al., 2002; DiTommaso, Brannen-McNulty, Ross y Burgess, 2003; Rigió, Throckmorton y Depaola, 1990), menor probabilidad de desarrollar trastornos de la personalidad (Bender et al., 2001; Meyer, Pilkonis, Proietti, Heape y Egan, 2001), y

menos problemas asociados al uso de sustancias (Lee y Bell, 2003). Diversos estudios han puesto de manifiesto que los adolescentes con apego seguro presentan menos síntomas tanto internalizantes como externalizantes (Brown y Wright, 2003; Muris, Meesters y van den Berg, 2003; Nishikawa, Hägglöf y Sundbom, 2010; Rönnlund y Karlsson, 2006). Las personas que han desarrollado un estilo de apego seguro tienen una percepción más positiva de sí mismos, mayor capacidad para enfrentar los problemas con estrategias de afrontamiento adaptativas y una mayor competencia social con los iguales (Groh, Fearon, Bakermans-Kranenburg, van IJzendoorn, Steele y Roisman, 2014). En general se admite que el estilo de apego seguro es un factor de protección y resiliencia (Siegel, 1999).

Entre las teorías recientes sobre la resiliencia se encuentra la Positive Appraisal Style Theory Of Resilience (P.A.S.T.O.R.), una teoría que identifica la evaluación positiva ante los estímulos estresantes como el proceso subyacente a los mecanismos de resiliencia. Enfatiza que los factores externos que afectan a la resiliencia, el apoyo social y el apego seguro, actúan indirectamente sobre los procesos de valoración de los estímulos estresantes (Kalisch, Müller y Tüscher, 2015). Las personas con un estilo de apego seguro presentan una expresión emocional espontánea (Häfner y IJzerman, 2011) y se comportan socialmente de tal forma que refuerzan los vínculos sociales y activan el apoyo social (Kalisch et al., 2015).

1.4. LOS PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Las emociones tienen un papel fundamental en nuestro funcionamiento y capacidad de adaptación, preparando a las personas para responder ante las situaciones, facilitando la toma de decisiones, aportando información en situaciones sociales...etc. Las emociones emergen cuando una persona valora una situación como relevante para un objetivo (Lazarus, 1991; Scherer, Schorr, y Johnstone, 2001). Son fenómenos que implican cambios en la experiencia subjetiva, la conducta, así como, a nivel fisiológico (Mauss, Levenson, McCarter, Wilhelm y Gross, 2005). Sin embargo, si no existen estrategias adecuadas de regulación emocional estas se vuelven disfuncionales y se asocian a psicopatología. Existen numerosas definiciones de los procesos de regulación emocional entre las que se pueden destacar las siguientes:

“Procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” (Thompson, 1994, pp. 27–28).

“Conjunto de procesos deliberados y automáticos que permiten a los individuos influir en qué experiencias emocionales tienen, cuando las tienen y cómo las sienten y expresan” (Gross, 1999, pp. 551–573).

Algunos autores plantean que la regulación emocional consiste en una amplia gama de procesos, pudiendo diferenciarse entre la regulación emocional implícita, que se inicia automáticamente, y la consciente, que requiere un esfuerzo consciente para su iniciación, así como cierto nivel de monitorización durante su ejecución, por lo que se asocia al nivel de insight y conciencia (Gyurak y Etkin, 2014). La regulación emocional se compone de objetivos, estrategias y resultados (Gross, 2014). Los objetivos de la

regulación incluyen los esfuerzos por incrementar o reducir la magnitud y/o la duración de los estados emocionales, siendo el más frecuente de estos motivos el de tipo hedónico, aunque en ocasiones respondamos a motivos instrumentales, como por ejemplo; adoptar una actitud empática, mantener una perspectiva realista o ajustarse a expectativas sociales o culturales (Mauss y Tamir, 2014).

El Modelo de Proceso de Regulación Emocional de Gross (2002), sostiene que las estrategias de regulación pueden ser clasificadas en función del momento de la secuencia en el que tienen su primer impacto, pudiéndose distinguir dos grandes mecanismos básicos: estrategias “focalizadas en el antecedente” y estrategias “focalizadas en la respuesta”. Las primeras son aquellas que se realizan antes de que las tendencias de respuesta emocional estén enteramente activadas, mientras que las segundas se implementan una vez que las respuestas emocionales han sido generadas. En este marco, la reevaluación cognitiva y la supresión de la expresión emocional son las estrategias que han sido objeto de mayor investigación. La reevaluación cognitiva es una estrategia focalizada en el antecedente que hace referencia a la construcción de significados alternativos a un evento o situación, con el objetivo de disminuir su impacto emocional. La supresión de la expresión emocional es una estrategia focalizada en la respuesta destinada a inhibir la expresión conductual de la experiencia emocional (Andrés, Castañeiras y Richaud, 2014). Habitualmente, la reevaluación cognitiva es considerada una estrategia más adaptativa, mientras que la supresión de la expresión emocional ha mostrado ser una estrategia menos saludable, ya que la experiencia emocional permanece inmodificable o puede incluso potenciarse como producto de la discrepancia entre la experiencia interna y la expresión externa (Andrés, Castañeiras y Richaud, 2014; Gross y John, 2003; Moore, Zoellner y Mollenholt, 2008; Nezlek y

Kuppens, 2008). Según Gross (2014), entre los factores que determinan el tipo de estrategia de regulación emocional utilizada, así como los resultados se encuentran; la conciencia de las propias emociones (Feldman-Barrett, Gross, Conner y Benvenuto, 2001; Samson, Huber y Gross, 2012), el tipo e intensidad emocional (Sheppes, Scheibe, Suri y Gross, 2011), la percepción de los recursos psicológicos y sociales (Coan y Maresh, 2014; Opitz, Gross y Urry, 2012), la percepción de autoeficacia en la regulación emocional (Goldin et al., 2012; John y Eng, 2014), la complejidad cognitiva de generar una estrategia de regulación emocional (Sheppes et al., 2012) y los factores motivacionales (Sheppes et al., 2012).

Según el modelo que propone Hervás y Vazquez (2011), en un suceso con implicaciones emocionales, se activa automáticamente la necesidad de procesar emocionalmente la experiencia. El procesamiento emocional es el proceso por el cual las reacciones emocionales van atenuándose hasta que otros comportamientos y experiencias pueden aparecer sin interferencias (Rachman, 2001). Diversos autores han desarrollado modelos (Hervás y Vazquez, 2011; Martínez-Pons, 1997), que plantean que la regulación emocional será exitosa si se completan adecuadamente determinadas tareas a través de las cuales se facilita el procesamiento emocional. En concreto, Hervás y Vazquez (2011) plantearon un modelo con las siguientes tareas (Ver Figura 2);

-Apertura emocional; La capacidad para tener acceso consciente a sus emociones, siendo el polo deficitario la alexitimia (Lane y Schwartz, 1987; Taylor et al., 1988).

-Atención emocional: Dedicación de recursos atencionales a la información emocional, siendo el polo deficitario la desatención emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

-Etiquetado emocional: Capacidad para nombrar con claridad las emociones, siendo el polo deficitario la confusión emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

-Aceptación emocional: Ausencia de juicio negativo ante la experiencia emocional, siendo el polo deficitario el rechazo emocional (Gratz y Roemer, 2004; Hervás y Jodar, 2008).

-Análisis emocional: Capacidad para reflexionar y entender el significado e implicaciones de las emociones siendo el polo opuesto la evitación emocional (Stanton et al., 2000).

-Regulación emocional: Capacidad para modular las respuestas emocionales a través de la activación de diferentes estrategias (emocionales, cognitivas o conductuales), siendo el polo opuesto la alteración de la regulación emocional (Gratz y Roemer, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995).

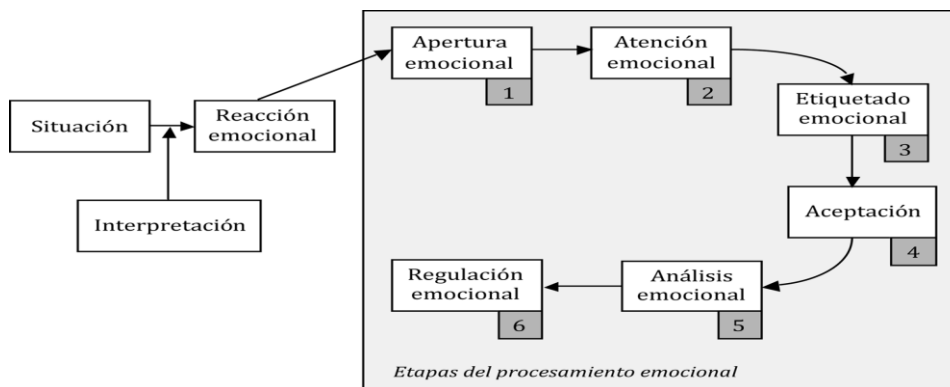


Figura 2. Modelo de regulación emocional de Hervás (2011, pp. 347-372).

De forma similar, Gratz (Gratz y Roemer, 2004; Gratz y Tull, 2010), influido por Saarni (1999), entiende la regulación emocional como un constructo multidimensional que implica; la conciencia, comprensión y aceptación de las emociones, la capacidad de autocontrol y comportamiento dirigido a metas y un uso flexible de las estrategias de regulación emocional.

1.4.1. Relación Entre Déficits en Procesos de Regulación Emocional y Psicopatología

Las emociones tienen un papel fundamental en la interacción con el entorno, sin embargo, cuando los procesos de regulación emocional no funcionan adecuadamente, las emociones pierden su valor adaptativo volviéndose persistentes, poco flexibles y no coherentes con las circunstancias, provocando un importante malestar y afectando al funcionamiento de la persona (Hilt, Hanson y Pollak, 2011). En los últimos años se han incrementado el número de publicaciones sobre la regulación emocional, debido a las numerosas evidencias que relacionan las dificultades de regulación emocional con diversos cuadros psicopatológicos (Beauchaine, Gatzke-Kopp, y Mead, 2007; Bekh Bradley et al., 2011; D'Agostino, Covanti, Monti y Starcevic, 2017; Kring y Sloan, 2010), considerándolo un “proceso transdiagnostico” (Kring, 2008). Distintos estudios han demostrado que la capacidad regulación emocional se asocia con mayor calidad de vida y buen desempeño social, académico y laboral; mientras que un déficit en dicho proceso se relaciona con mayor probabilidad de desarrollar psicopatología (Berenbaum, Raghavan, Le, Vernon y Gomez, 2003; John y Gross, 2004; Mennin y Farach, 2007).

Según Gross (2014), la primera generación de estudios sobre regulación emocional se centra en una visión dicotómica de las estrategias de regulación

adaptativas; la reevaluación y la resolución de problemas se relacionan con resiliencia, versus la rumiación y la supresión emocional que se asocian con psicopatología (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010). Sin embargo, una segunda generación de estudios, hacen hincapié en la flexibilidad en el uso de las estrategias de regulación emocional (Bonanno, 2005; Kashdan y Rottenberg, 2010; Troy y Mauss, 2011). Según Hervas y Vazquez (2006), el déficit de regulación emocional se asocia al desarrollo de psicopatología a través de tres vías:

-Déficit de regulación por ausencia de activación. No se activan estrategias de regulación a pesar de estar experimentando intensos estados de disforia. Por ejemplo, en un trastorno depresivo el individuo puede abandonarse a su estado de ánimo negativo.

-Déficit de regulación por empleo de estrategias de regulación no eficaces. Estrategias que habitualmente son eficaces pero que ante una situación concreta no lo son, como, por ejemplo, ante un hecho potencialmente traumático. En este sentido, se ha demostrado que la distracción puede ser más eficaz a corto plazo para reducir el afecto negativo que la rumiación (Lyubomirsky y Nolen-Hoeksema, 1993), sin embargo, a medio plazo, la estrategia más eficaz es la reflexión, entendida como el análisis y exploración de las experiencias activadoras y reacciones posteriores (Treyner, Gonzalez y Nolen-Hoeksema, 2003).

-Déficit de regulación por empleo de estrategias disfuncionales de regulación emocional. Algunas estrategias de regulación no sólo no son eficaces, sino que favorecen que las reacciones sean más intensas y aparezca una sensación de descontrol, por ejemplo; la evitación, el rechazo o la supresión emocional (Dalgleish, Dunn y Mobbs, 2009; Gross y Levenson, 1997). Esto ocurre en los trastornos de ansiedad, en los que frecuentemente los intentos de control contraproducentes realizados por la persona mantienen el problema. Sin embargo, otras estrategias consiguen contrarrestar

la experiencia emocional, pero implican un riesgo para la salud física o mental, como el consumo de sustancias o las conductas autolesivas (Gratz, 2003).

Se han descrito diferentes patrones de disregulación emocional en las distintas patologías. En el caso de las personas con trastorno depresivo o con mayor vulnerabilidad para la depresión, se ha demostrado la tendencia a una mayor duración o persistencia de los estados emocionales (Gilboa y Gotlib, 1997; Peeters, Nicolson, Berkhof, Delespaul y deVries, 2003), que se explica, siguiendo el modelo descrito, por la vía de la falta de activación de estrategias de regulación emocional. El proceso de regulación emocional se caracteriza por mayor atención y menores claridad (Extremera, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Cabello, 2006; Rude y McCarthy, 2003) y aceptación emocional (Ehring, Fischer, Schnülle, Bösterling y Tuschen-Caffier, 2008), que favorecen el desarrollo de síntomas depresivos mediante el aumento de las reacciones de rumiación (Extremera et al., 2006; Hervás y Vázquez, 2006b; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995). En los trastornos de ansiedad, se ha demostrado la tendencia a evitar o suprimir la experiencia emocional (Baker, Holloway, Thomas, Thomas y Owens, 2004; Katerndahl, 1999; Tull y Roemer, 2007; Williams, Chambless y Ahrens, 1997), es decir, dificultades en las tareas de apertura y aceptación emocional (Gutiérrez y Arbej, 2005). La sintomatología típica del trastorno de estrés posttraumático (T.E.P.T.) (pesadillas, flashbacks...etc.), es un indicador del fracaso o dificultades para procesar emocionalmente un acontecimiento que sobrepasa los recursos de adaptación de la persona (Cloitre, Koenen, Cohen y Han, 2002; Rachman, 2001). Además, la existencia de déficit emocionales previos (niveles elevados de alexitimia y evitación experiencial; Marx y Sloan, 2005; Tull y Roemer, 2003; Yehuda et al., 1997), actúan como factores de vulnerabilidad favoreciendo que la experiencia

traumática derive en un T.E.P.T. e influyendo en la severidad del mismo (la gravedad correlaciona con baja claridad emocional y aceptación emocional; Monson, Price, Rodriguez, Ripley y Warner, 2004; Tull y Roemer, 2007).

Sin embargo, la patología patognomónica de las dificultades de regulación emocional son los trastornos de la personalidad, tanto, que según algunos autores se trata de la característica central de todos ellos y esto explica la superposición entre los diagnósticos (Zimmerman, Rothschild y Chelminski, 2005). De los trastornos de personalidad es el trastorno límite de personalidad el que más se ha asociado con la disregulación emocional, caracterizada por presentar una baja claridad y consciencia emocional, rechazo a las emociones y por emplear estrategias evitativas de regulación emocional (Gratz y Gunderson, 2006).

1.4.2. Evaluación de la Capacidad de Regulación Emocional

Según John y Eng, (2014), existen varias aproximaciones desde el punto de vista de la evaluación; los procesos específicos de regulación emocional, procesos de afrontamiento del estrés y competencia emocional. Estos autores defienden que la perspectiva más amplia es la de la competencia emocional, puesto que incluye un conjunto de procesos y habilidades que, aunque no estén directamente implicados en la regulación emocional, la facilitan (como son la atención y claridad emocional), y no se centra en las estrategias de regulación específicas, sino que en su eficacia. Son varias las escalas que nos permiten evaluar la competencia emocional. La T.M.M.S.-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) está basada en Trait Meta-Mood Scale (T.M.M.S.) del grupo de investigación de Salovey y Mayer (1995) y evalúa el

metaconocimiento de los estados emocionales mediante 24 ítems. Esta escala obtiene una medida de la inteligencia emocional percibida en relación a las creencias de un individuo sobre su propia inteligencia emocional a través de tres dimensiones: *atención emocional* (ser capaz de sentir y expresar los sentimientos de forma adecuada), *claridad emocional* (comprender bien los estados emocionales) y *reparación emocional* (poder regular los estados emocionales correctamente). El Negative Mood Regulation (N.M.R.; Catazazo y Mearns, 1990) consiste en una escala de 30 ítems sobre las expectativas de reducir un estado emocional negativo mediante diferentes estrategias que son valoradas en una escala tipo Likert. El Test de Inteligencia Emocional de Mayer, Salovey y Caruso (M.S.C.E.I.T.; Mayer, Salovey y Caruso, 2002), es el único instrumento que no valora la percepción subjetiva sobre la percepción emocional, sino que se trata de una prueba de habilidades específicas guiándose por el modelo de sus autores. Para ello, ofrece puntuaciones en las siguientes escalas; Percepción, Facilitación, Comprensión y Manejo emocional. Sin embargo, una de las críticas que ha recibido es precisamente a la validez de constructo, planteando algunos autores que valora el conocimiento emocional y la capacidad para razonar sobre las emociones (Lopes, Salovey, Côté, Beers y Petty, 2005).

Sin embargo, ninguna de estas escalas evalúa de forma amplia las diferentes habilidades implicadas en la regulación emocional, a diferencia de lo que ocurre con la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (D.E.R.S.; Gratz y Roemer, 2004), que permite obtener información sobre los diferentes procesos que construyen la experiencia de regulación emocional. Se realizará una descripción más detallada de esta escala posteriormente.

Otra escala que no ha sido mencionada previamente por centrarse únicamente un proceso específico asociado a la regulación emocional, pero que goza de gran reconocimiento, es la escala T.A.S.-20 (Toronto Alexithymia Scale, Bagby, Parker y Taylor, 1994). Consiste en una escala de 20 ítems en formato de respuesta Likert para valorar alexitimia (la capacidad de reconocimiento emocional).

1.5. RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD Y EL APEGO

1.5.1. Planteamientos Teóricos

Son varios los modelos teóricos que han enfatizado las interacciones interpersonales disfuncionales como un elemento central del trastorno límite de personalidad (Benjamín y Wonderlich, 1993; Fonagy et al., 2000; Gunderson, 1996; Kenberg, 1967; Masterson y Rinsley, 1975). Los criterios diagnósticos propuestos por el D.S.M.-IV y D.S.M.-5 (A.P.A., 2013) describen a la persona con T.L.P. con un estilo interpersonal caracterizado por la inestabilidad, la intensidad, la fluctuación entre la idealización y la devaluación del otro, los esfuerzos desesperados por evitar el abandono y la intolerancia a la soledad, características que recuerdan a la definición del apego inseguro (Agrawal et al., 2004; Gunderson, 2007; Gunderson y Lyones-Ruth, 2008; Levy, 2005). Además, la asociación encontrada entre el T.L.P. y las experiencias adversas con los cuidadores principales en la infancia (Hesse, 2016; Ibrahim et al., 2017; Infurna et al., 2016; Martín-Blanco et al., 2014; Mirza et al., 2016; Berenz et al., 2013; Carr et al., 2013), hace que todavía tenga más sentido la conceptualización de la sintomatología del T.L.P. como un trastorno del vínculo.

La teoría del apego provee un contexto comprensivo para explicar el desarrollo del T.L.P. Desde esta perspectiva las conductas típicas de personas con T.L.P. son entendidas como intentos de producir sensaciones fisiológicas asociadas con la experiencia de apego seguro, en lo que se denomina el “fenómeno patológico de la base segura” (Holmes, 2001). Para algunos autores, el T.L.P. es considerado como un trastorno del apego inseguro (Fonagy, 2000; Gunderson, 1996), entendiendo su

sintomatología característica como el resultado de un sistema de apego dañado (De Zulueta, 1999; Fonagy, 2000):

- Sentido de inestabilidad del self debido a la ausencia de capacidad reflexiva.
- Falta de control de impulsos debido a una conciencia pobre de los propios estados emocionales y a la prevalencia de modelos de actuación no reflexivos centrados en la acción.
- Inestabilidad emocional y la irritabilidad por la ausencia de mentalización.
- Escisión como forma de representar al otro.
- Sentimiento de vacío debido a la ausencia de representaciones del self.
- Hipersensibilidad interpersonal (Gunderson y Lyons-Ruth-2008) compuesta por la triada; miedo al abandono, sensibilidad al rechazo e intolerancia a la soledad.
- Ambivalencia y miedo a la intimidad (Crittenden, 1997).

Desde esta perspectiva, Fonagy y Target, Gergely, Allen y Bateman (2003) plantean que los efectos adversos derivados de relaciones de apego inseguras se deben a un fracaso en el desarrollo de la capacidad de mentalización. La incapacidad de ver al otro como un ser pensante y para identificar los propios sentimientos, resulta en un sentido del self frágil (Fonagy et al., 2010). Al no tener sentido de sí mismos en relación con el otro, sino que únicamente en “reacción” al otro, aparecen conductas manipulativas y desafiantes hacia el cuidador, promoviendo relaciones basadas en la dependencia, provocando esfuerzos desorbitados para evitar el abandono y dando lugar a relaciones inestables e intensas. Freud (1966) se refirió a este fenómeno, característico del T.L.P., como “identificación con su agresor”. En la misma línea, autores como

Mosquera y Gonzalez (2011) plantean que en el T.L.P., el temor al abandono se explica por una conducta ambivalente o caótica del cuidador, como un refuerzo intermitente de la conducta de búsqueda del apego. La necesidad de afecto del otro nunca se ve completamente colmada y a menudo se requieren pruebas de ese afecto, generándose una reacción catastrófica ante cualquier leve discrepancia o distanciamiento, apareciendo sentimientos de suspicacia e hipersensibilidad interpersonal que amplifican las dificultades en la relación. Para poder apegarse a un progenitor inconsistente y agresivo, el niño tiene que idealizarlo construyendo una imagen paternal en ocasiones muy distante de la realidad, oscilado entre la devaluación y la idealización. Desde esta perspectiva, los sentimientos crónicos de vacío tienen que ver con la ausencia de sintonía con el progenitor y las conductas autolesivas y amenazas suicidas se convierten en una manera efectiva para que el progenitor sea consciente de sus necesidades. Recurriendo al concepto de los “modelos operativos” de Bowlby (1973) y su función de mentalización, se entiende que estos esquemas son los que permiten que ante una separación planificada del cuidador no se de una reacción emocional desproporcionada. Sin embargo, cuando el vínculo es inseguro, la dificultad para “tener al otro en mente” es lo que convierte una pérdida temporal en una experiencia tan dolorosa y, por lo tanto, lo que explica la vivencia de las pérdidas interpersonales como un abandono y los esfuerzos desesperados para evitarlo (Bateman y Fonagy, 2016).

Otra propuesta para entender el T.L.P. desde la perspectiva del apego es la de Allen, et al., (2003), que plantea el concepto de “confusión parental”, para explicar cómo los padres pueden promover las circunstancias para el desarrollo de un estilo de apego inseguro preocupado dedicando una atención obsesiva a sus hijos y simultáneamente sintiendo enfado o resentimiento por el sacrificio realizado (Luborsky,

1990). Cuando la ambivalencia se acompaña de otros factores temperamentales predisponentes en el niño se refuerza la dinámica y las posibilidades del desarrollo del T.L.P.

Basada en estos planteamientos, la Teoría de la Disociación Estructural de la personalidad propone que el T.L.P. no se asocia a un tipo concreto de apego inseguro, sino que, en función del tipo concreto de apego inseguro, la persona presenta patrones de comportamiento muy diferentes que explicaría la gran heterogeneidad del trastorno. Una persona con T.L.P. con un apego evitativo puede permanecer desconectado de una forma rígida de cualquier estado emocional que valore cómo amenazante, sin embargo, cuando fracasa en el control, pueden aparecer conductas características del T.L.P. Cuando una persona con T.L.P. tiene apego preocupado siente ansiedad, miedo o tristeza, se siente sobrepasado rápidamente, conduciendo a conductas disruptivas típicas del T.L.P. En el caso del apego desorganizado, los padres son tanto fuente de protección como de peligro, esta paradoja biológicamente puede mantenerse únicamente mediante la desintegración de la personalidad, aumentando la predisposición para la presencia de fenómenos disociativos. Mosquera y Gonzalez, (2011) plantearon además que los estilos de apego preocupado o evitativo muestran patrones de regulación emocional de tipo evitativo o dependiente y se corresponden con el subgrupo de T.L.P. denominado “Basado en el apego”, mientras que en el apego desorganizado las respuestas son cambiantes e inestables y se corresponde con el “Subtipo disociativo del T.L.P.”.

1.5.2. Hallazgos Procedentes de la Investigación

Durante las dos últimas décadas las teorías del apego han sido la base para desarrollar múltiples investigaciones del T.L.P. (Dozier et. al., 2008), con el objetivo de identificar factores de riesgo y de protección. Existe una sólida base empírica como para afirmar que el T.L.P. se asocia con la inseguridad en el apego (Bateman y Fonagy, 2005; Buchheim y George, 2011; Dozier et al., 2008; Holmes, 2004; Howell y Kiger, 2008; Levy et al., 2011; Liotti, 2007, 2011a y 2011b, Steele y Siever, 2010), incluso controlando la influencia del género, las experiencias traumáticas tempranas y la comorbilidad en el Eje I (Nickell et al., 2002). Sin embargo, los resultados no son concluyentes con respecto al estilo de apego específico asociado.

En la revisión realizada por Agrawal et al., (2004), incluyendo 13 estudios, se concluye que, a pesar de la excesiva heterogeneidad en lo referente a los métodos de evaluación (autoinformes y entrevistas), el tamaño y tipo de muestras (clínicas y no clínicas), los grupos de comparación y los métodos diagnósticos, se encontró una fuerte asociación entre T.L.P. y apego inseguro. Aunque no se encontró una categoría concreta de apego inseguro asociada al T.L.P., si una fuerte asociación con el apego preocupado, caracterizado por un intenso deseo de proximidad, excesiva sensibilidad al rechazo y abandono, hiperactivación emocional ante estas situaciones dificultando la puesta en marcha de estrategias centradas en el problema y la tendencia a utilizar estrategias de regulación emocional que intensifican el malestar (Glenn y Klonsky, 2009; Selby, Ward y Joiner 2010).

Existe otro grupo de estudios que aunque presenten limitaciones metodológicas similares a las mencionadas, al menos tienen en común el instrumento de evaluación del

estilo de apego: la Entrevista de Apego Adulto (siglas en inglés A.A.I., George, Kaplan y Main, 1985), (Barone et al., 2003, 2011; Diamond, Stovall-McClough, Clarkin y Levy, 2003; Fonagy et al., 1996; Levy et al., 2006; Lyons-Ruth, 2007; Patrick, Hobson, Castle, Howard y Maughan, 1994; Rosenstein y Horowitz, 1996; Stalker y Davies, 1995; Stovall-McClough y Cloitre, 2003; van Ijzendoorn et al., 1997). Entre los hallazgos cabe destacar una elevada prevalencia de apego inseguro entre las personas con T.L.P. (entre el 50 y el 80% de los casos con T.L.P., ascendiendo al 92% en el estudio de Fonagy et al., 1996). En un estudio más reciente de Barone et al., (2011), encontraron tasas del 81% en toda la muestra de personas con T.L.P., que ascendían al 97% en determinados subgrupos de T.L.P. en una muestra de 140. Además, en este estudio detectaron que la distribución de apego evitativo, preocupado y desorganizado variaba en base a la comorbilidad con otros trastornos del Eje I. En un meta análisis en el que únicamente se incluyeron estudios que utilizaran la A.A.I., Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn (2009) encontraron que el apego preocupado y no resuelto eran los característicos del T.L.P.

En definitiva, los resultados de las revisiones realizadas reflejan que los estudios que han utilizado la A.A.I. identificaron los estilos de apego no resuelto y preocupado como prototípicos del T.L.P., mientras que en los estudios que utilizaron medidas de autoinforme se asociaba con los estilos temeroso y preocupado (Agrawal et al., 2004; Levy et al., 2011). Sin embargo, lo que parece ser concluyente es que en ambos casos se encuentra una clara asociación con el apego inseguro.

En un estudio realizado con el cuestionario R.Q. (Choi-Kain, Fitzmaurice, Zanarini, Laverdière y Gunderson, 2009) encontraron que; los pacientes con T.L.P. puntuaban más bajo en apego seguro y obtenían puntuaciones más elevadas en apego

preocupado y evitativo-temeroso que los no T.L.P. La combinación de estos dos estilos de apego era más específica del T.L.P. que cada estilo por separado y que el apego inseguro en general. El apego evitativo-temeroso parecía estar más asociado con una historia de trauma. Según los autores, estos resultados apoyan la teoría del dilema necesidad-temor, que predispone a la oscilación entre idealización y devaluación del otro (Gunderson et al., 2001), como característica definitoria del estilo interpersonal de las personas con T.L.P. (Gunderson, 1996; Melges y Swartz, 1989; Perry y Cooper, 1986). Desde el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991), la dominancia del apego preocupado y evitativo-temeroso, indica una visión de si mismo consistentemente negativa y una visión oscilante de los otros, apoyando las teorías que identifican como el aspecto central de la patología las alteraciones en la representación del self (Fonagy et al., 1991; Fonagy et al., 2000; Kernberg, 1967). Basándonos en este modelo, son muchos los estudios que han encontrado una asociación entre la dimensión de ansiedad en las relaciones de apego y el T.L.P., siendo la relación con la dimensión de evitación menos consistente, no habiendo sido hallada en algunos estudios (Levy, 2005; Levy et al., 2015; Meyer et al., 2004).

En un estudio reciente de Smits et al. (2017), descubrieron que podían delimitarse empíricamente tres subtipos de T.L.P. en función de la sintomatología presentada, asociados cada uno a un estilo de apego. El subtipo con mayor prevalencia, es el que denominaron “T.L.P. Principal”, asociado al apego desorganizado y caracterizado por inestabilidad emocional, mayor frecuencia de conductas autolesivas, ambivalencia interpersonal (elevada necesidad de intimidad junto con excesiva ansiedad ante la misma y miedo al rechazo), problemas de identidad. Se trata del subtipo más grave y con más características puras, es decir, con menos influencia de otros trastornos

de personalidad. El subtipo que sigue en términos de prevalencia, es el “Extrovertido / Externalizante”, caracterizado por mejor funcionamiento interpersonal, mayor capacidad de autocontrol, tendencia a tomar actitud dominante en las relaciones interpersonales, mayor estabilidad emocional y asociado al estilo de apego evitativo. Es el subtipo que se asocia a mayores niveles de calidad de vida. Por último, se encuentra el subtipo “Esquizotípico/Paranoide”, que se caracteriza por problemas interpersonales debidos a la inhibición social y falta de asertividad, menor frecuencia de conductas autolesivas y se asocia al estilo de apego ambivalente. Es el subtipo que presenta mayor comorbilidad en el eje I y el grado de gravedad es intermedio. Este estudio apoya la Teoría de la Disociación Estructural.

Ante la diversidad de hallazgos, algunos autores han sugerido que la relación entre el patrón de apego y el T.L.P. pueda estar mediada por otras variables asociadas al temperamento como; la impulsividad y el afecto negativo como rasgos (Critchfield, Levy, Clarkin y Kernberg, 2008; Morse et al., 2009; Scott, Levy y Pincus, 2009), la sensibilidad ante el rechazo y una visión negativa de uno mismo (Boldero et al., 2009). También, se ha asociado el T.L.P. con la vivencia de sucesos adversos en relación las figuras de apego en la infancia, como maltrato o negligencia, con una frecuencia tan elevada que en algunos estudios se habla del 95% (Hesse, 2016; Ibrahim et al., 2017; Infurna et al., 2016; Martín-Blanco et al., 2014; Mirza et al., 2016; Berenz et al., 2013; Carr et al., 2013) y relacionando la gravedad de estos con la severidad del T.L.P. (Martín-Blanco et al., 2014; Zanarini et al., 2002). En el estudio de Martín-Blanco et al. (2014), se encontró que los rasgos neuroticismo-ansiedad y agresión-hostilidad, así como el abuso emocional, fueron factores de riesgo asociados de forma independiente con la severidad del T.L.P. Además, se ha encontrado asociación entre los rasgos límites

de personalidad y el estilo de crianza caracterizado por el rechazo y baja calidez y satisfacción materna con el hijo (Crawford, Cohen, Chen, Anglin y Ehrensaft, 2009; Reinelt et al., 2014; Stepp et al., 2014), la hostilidad (Hallquist, Hipwell y Stepp, 2015; Stepp et al., 2014; Winsper et al., 2012; Wolke, Schreier, Zanarini y Winsper, 2012). En un estudio longitudinal (Carlson et al., 2009) los mejores predictores del desarrollo posterior de síntomas de T.L.P. en la edad adulta fueron; el apego desorganizado, el maltrato, la hostilidad materna, la confusión de límites, la alteración familiar ante la presencia del padre y el estrés familiar. En el desarrollo de sintomatología T.L.P. en la adolescencia, otro estudio identifica los siguientes factores predictores; separaciones largas de la madre antes de los 5 años, maltrato infantil, variables temperamentales y actitudes de apego en la adolescencia temprana (Crawford et al., 2006). Por lo tanto, la etiología del trastorno de personalidad parece estar marcada por diferentes factores de riesgo en los distintos estadios evolutivos.

Además, algunos estudios se han centrado en valorar los patrones de crianza de las personas con T.L.P. Se ha encontrado que las interacciones entre los padres diagnosticados de T.L.P. y sus hijos son habitualmente atípicas y tienden a resultar en un estilo de vinculación inseguro en los niños. Utilizando el “paradigma de la cara inexpresiva”, Gusella, Muir y Tronick, (1988), encontraron que las madres con T.L.P. actúan de forma intrusiva durante el juego, los niños parecían aturdidos durante el periodo de indiferencia, evitando el contacto ocular con el adulto y reaccionaban con una respuesta afectiva menor y más breve durante la fase de retorno al juego normal. En un seguimiento realizado a los 10 meses, el 80% de estos niños mostraron signos de apego desorganizado (Hobson et al., 2005; Newman, Stevenson, Bergman y Boyce, 2007). En esta línea, en un de Macfie y Swan, (2009) se encontró que niños de madres

con T.L.P. informaron de más expectativas negativas respecto a la relación y miedo de abandono, mostraron más dificultades de regulación emocional, menor coherencia narrativa al describir la relación y más experiencias traumáticas.

En definitiva, parece que existen evidencias para confirmar que el T.L.P. se asocia de forma significativa al apego inseguro, sin existir tanta coherencia entre los resultados como para poder hablar de un subtipo en particular. Tanto la variabilidad de resultados encontrados, como los planteamientos de algunos autores y la heterogeneidad clínica de T.L.P. hace sospechar que no existe una correspondencia clara con ninguno de los subtipos conocidos, sino que las presentaciones clínicas varían en función del estilo de apego. Además, factores como el maltrato infantil, la psicopatología en los progenitores y determinados rasgos temperamentales parecen ser mediadores de esta relación entre el estilo de vinculación y el desarrollo del T.L.P. Por lo tanto, a pesar del aumento de estudios sobre el tema, existe todavía actualmente un gran desconocimiento sobre cómo influye el estilo de vinculación en el desarrollo del T.L.P.

1.6. RELACIÓN ENTRE ESTILO DE VINCULACIÓN Y PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Las relaciones de apego son el primer contexto en el que experimentamos por primera vez sentimientos positivos (seguridad, afecto, confianza) y negativos (inseguridad, abandono, miedo), y aprendemos a regular nuestros afectos (Botella y Corbella, 2005; Fonagy, 1999; Schore, 2001). En función de la disponibilidad de la figura de apego, se desarrolla la representación mental de “*cuando estoy nervioso se me consuela*”, constituyendo un guión de conducta de apego seguro y facilitando la regulación fisiológica al calibrarse el sistema de reactividad ante el estrés del niño en contacto con el cuidador (Cassidy et al., 2013; Suomi, 2008). Sin embargo, también pueden constituirse guiones inseguros asociados a; cuidadores que con una conducta intrusiva provocan mayor excitabilidad en el niño (apego evitativo), cuidadores que se mantienen distantes e infrarregulan al infante incrementando su expresión de angustia para obtener una respuesta de este (apego ambivalente), y cuidadores que han servido a su vez de fuente de temor como de reaseguración, de manera que la activación del sistema de apego desencadena intensas motivaciones conflictivas (apego desorganizado), (Bateman y Fonagy, 2010). En ocasiones estas dinámicas pueden explicarse por las dificultades de regulación emocional del propio cuidador ante el distress del niño (Cassidy, 2006; Sadler et al., 2013), contribuyendo así a la inseguridad del vínculo (Leerkes, Parade y Gudmundson, 2011; Lorber y O'Leary, 2005). Lo que parece claro es que estas etapas iniciales en el desarrollo de la capacidad de regulación emocional sentarán las bases para la expresión, modulación y flexibilidad en la regulación de las emociones en la edad adulta (Sroufe, 2000).

La regulación emocional se puede llevar a cabo a través de múltiples estrategias, cuya elección se ve influida por el estilo de apego, en concreto según Mikulincer et al., (2003), con la disponibilidad de la figura de apego. Ante una situación de potencial amenaza se activa la estrategia primaria de apego, que consiste en la búsqueda de proximidad de la persona que ofrece seguridad o alivio emocional. Cuando la figura de apego no está disponible externa o internamente (modelos operativos), se emplean estrategias secundarias de apego con la finalidad de manejar la inseguridad relacional y el estrés, se forman representaciones negativas del sí mismo y los otros, y se desarrollan estrategias de regulación afectiva distintas a la búsqueda de proximidad (Mikulincer et al., 2003). Aunque las estrategias secundarias de apego son inicialmente adaptativas puesto que se ajustan a las circunstancias de la inconsistencia o no disponibilidad de la figura de apego, se convierten en desadaptativas cuando se continúan utilizando en relaciones posteriores (Shaver y Mikulincer, 2002), en las que se refuerza la imagen distorsionada de uno mismo y los otros afectando a la S.M. (Mikulincer y Shaver, 2007). En el caso del apego evitativo las estrategias secundarias surgen en un contexto de una figura de apego que desaprueba y castiga la cercanía y la expresión de necesidad o vulnerabilidad (Ainsworth et al., 1978), y consisten en no buscar la proximidad, negar las necesidades de vinculación y evitar la cercanía e interdependencia en las relaciones (Barone et al., 2011; Shaver y Mikulincer, 2012). Por el contrario, las personas con apego ambivalente tienden a realizar intentos constantes por conseguir la proximidad (hipervigilancia), con escasa confianza en que esto sea ofrecido y enfado, resentimiento, desesperanza y excesiva rumiación cuando no es así (Barone et al., 2011; Cassidy y Kobak, 1988; Shaver y Mikulincer, 2012). Estas estrategias se desarrollan en un contexto en el que la figura de apego responde de forma inconsistente, mediante un programa de refuerzo parcial que premia la persistencia en los intentos.

Por lo tanto, el estilo de apego guía las estrategias de regulación emocional y las estrategias de afrontamiento de situaciones amenazantes, haciéndose particularmente evidente ante experiencias de elevado estrés prolongado (Berant, Mikulincer y Shaver, 2008). En el caso del apego ansioso, se suelen valorar las situaciones estresantes como amenazantes, en vez de retadoras, y los recursos personales de afrontamiento como insuficientes, por lo que se produce una intensificación del estrés al utilizar estrategias de regulación emocional hiperactivadoras centradas en la emoción (ej. rumiación, culpabilizarse...). Por el contrario, en el caso del apego evitativo, se tiende a la inhibición emocional y estrategias de distanciamiento, valorando las situaciones estresantes como amenazantes pero mostrándose reacios a reconocer la necesidad de ayuda y vulnerabilidad personal (Bartley, Head, y Stansfeld, 2007; Hobdy et al., 2007; Holmberg, Lomore, Takacs y Price, 2011; Kidd, Hamer, y Steptoe, 2011; Lopez y Gormley, 2002; Mikulincer y Florian, 1999; Mikulincer y Shaver, 2007; Williams y Riskind, 2004; Zhang y Labouvie-Vief, 2004). Un modelo que describe este modo de funcionamiento es el de Ein-Dor, Mikulincer y Shaver (2011a) de la hipótesis de los guiones del centinela y la rápida respuesta de ataque-huida. Estos autores describen como en el caso del caso de apego ansioso, se consolida un patrón de hiperalerta (detectando peligros potenciales y alertando a otros) y en el de apego evitativo una rápida respuesta de ataque-huida (escapando o actuando sin tener en cuenta las acciones de otros o las posibilidades de ayudarles). Este modelo es congruente con los resultados de la investigación realizada por Kerr, Melley, A. M., Travea y Pole, (2003), en la que se encontró que los participantes con estilo inseguro informaban de mayores niveles de inhibición emocional que los de estilo seguro. Los de estilo seguro y ambivalente informaban de los niveles más altos de intensidad emocional, los de estilo ambivalente informaron de los niveles más altos de afecto negativo, mientras que el grupo seguro de

los más altos de afecto positivo. Finalmente, el grupo evitativo informa de los niveles más bajos de experiencia emocional total, apreciándose una incongruencia, lo que sugiere una falta de conciencia o incapacidad de reconocer sus experiencias emocionales internas y dificultad en la expresión de emociones.

En referencia a la idea de que las personas con apego evitativo tienden a distanciarse de la experiencia emocional, son numerosos los estudios que han encontrado una asociación con la alexitimia o dificultad para identificar y describir las emociones (Barbasio y Granieri, 2013; Hesse y Floyd, 2011; Keating, Tasca y Hill, 2013), inatención a los sentimientos (Kim, 2005), menor conciencia emocional (Monti y Rudolph, 2014) y puntúan menos en pruebas de inteligencia emocional (Cherry, Fletcher y O'Sullivan, 2013, Delhaye, Kempnaers, Stroobants, Goznes y Linkowski, 2013; Lanciano, Curci, Kafetsios, Elia y Zammuner, 2012). También, tienen dificultades para regular las emociones positivas (Goodall, 2015), mostrando una menor capacidad para intensificarlas o prolongarlas, tendiendo a cambiar el foco de atención o suprimirlas. Sin embargo, aunque en menor medida, también se ha encontrado una asociación entre el apego ambivalente y la alexitimia (Stevens, 2014), como resultado de la elevada intensidad emocional ante sucesos amenazantes (Gratz et al., 2015; Wei, Russell, Mallinckrodt, Zuroff, Sookman y Paris, 2007; Wei, Vogel, Ku y Zakalik, 2005).

Las representaciones de los otros como no disponibles o con intenciones hostiles, es decir, típicas del apego inseguro, contribuyen a la activación crónica de los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés (Dykas y Cassidy, 2011). Por el contrario,

cuando en una situación de amenaza potencial la capacidad de representar una figura de apego capaz de responder ante las necesidades propias disminuye la respuesta fisiológica asociada (Coan, Schaefer y Davidson, 2006; Eisenberger et al., 2011). Existen numerosas evidencias en la literatura, de que las personas con apego inseguro tienden a reaccionar de forma más intensa que las seguras ante situaciones reales o potenciales, de desaprobación, crítica, rechazo o traición en la pareja (Besser y Priel, 2009, 2010; Carnelley, Israel, y Brennan, 2007). También se ha encontrado una tendencia a inhibir el perdón (Burnette, Taylor, Worthington, y Forsyth, 2007; Yárnoz-Yaben, 2009), mediado en el caso del apego ambivalente por la excesiva rumiación sobre el daño recibido y en el apego evitativo por una falta de empatía (Burnette, Davis, Green, Worthington, and Bradfield (2009). También, se ha encontrado esta tendencia ante situaciones de ruptura sentimental (Sbarra, 2006; Sbarra y Emery, 2005). En cuanto al fallecimiento de la pareja, los estudios indican que el apego ambivalente se asocia a duelo complicado y el apego evitativo al incremento de sintomatología somática (Fraley y Bonanno, 2004; Jerga, Shaver, y Wilkinson, 2011, Wayment y Vierthaler, 2002) y duelo prolongado (Jerga et al., 2011).

1.6.1. Bases Neurofisiológicas de la Relación Entre Estilo de Vinculación y Regulación Emocional

Los mecanismos neurales del apego son aquellos relacionados con la motivación, la respuesta y regulación emocional, la conducta social de búsqueda de proximidad y malestar ante la separación (Coan, 2016). La motivación tiene un papel clave en los procesos de búsqueda de proximidad y se asocia al sistema dopaminérgico proyectado por el área tegmental ventral. La amígdala etiqueta emocionalmente los estímulos y participa, junto con el hipocampo, en la consolidación de las claves contextuales

asociadas con los estímulos de la memoria a largo plazo, entre ellos los relacionados con las figuras de apego. El hipocampo, además, es una estructura clave implicada en los efectos reguladores de las emociones a nivel social (Coan, Schaefer y Davinson, 2006; Conner et al., 2012). Una de las áreas cerebrales más importantes en la regulación emocional es el cortex prefrontal, tanto para funciones regulatorias automáticas (cortex prefrontal ventromedial y media, Milad et al., 2005), como para estrategias de regulación que requieren esfuerzo y la implicación de otros procesos cognitivos (cortex prefrontal dorsolateral, Kanske, Heissler, Schönfelder, Borges y Wessa, 2010). Por lo tanto, el cortex prefrontal se asocia con el apego y la regulación emocional mediante las respuestas automáticas ante estímulos amenazantes y respuestas reflexivas en relación a las figuras de apego.

Existen evidencias de que las personas con apego inseguro tienen una amígdala de mayor volumen (Moutsiana et al., 2015). Quirin et al., (2010), encontraron que el apego ambivalente se asocia con una menor concentración neuronal en el hipocampo izquierdo, mientras que en el apego evitativo esto ocurría de forma bilateral, apoyando un modelo neurotóxico de la reducción neuronal inducida por el estrés, que contribuye a las dificultades de regulación emocional. En varios estudios se ha encontrado que las personas con apego inseguro son menos eficaces utilizando estrategias de regulación emocional y necesitan realizar un sobreesfuerzo para afrontar situaciones de distress, observándose un incremento de la activación en regiones del cortex prefrontal (Vrtička, Bondolfi, Sander y Vuilleumier, 2012; Moutsiana et al., 2014).

Son numerosos los estudios que han encontrado patrones específicos asociados a los apegos ambivalente y evitativo, en cuanto a la fisiología del estrés (Gouin et al., 2009; Kidd et al., 2011; Maunder et al., 2006; Quirin, Pruessner y Jul, 2008; Sroufe y Waters, 1977), la respuesta neurobiológica ante claves emocionales (DeWall et al., 2011; Gillath, Bunge, Shaver, Wendelken y Mikulincer, 2005; Rognoni, Galati, Costa y Crin, 2008; Zayas, Shoda, Mischel, Osterhout y Takahashi, 2009; Vrticka, et al., 2008), variantes en los receptores dopaminérgicos y serotoninérgicos (Gillath, Shaver, Baek y Chun, 2008) y el tamaño hipocampal y la concentración de células (Moutsiana et al., 2015; Quirin, Gillath, Pruessner y Eggert, 2010). Los primeros en plantear que la apariencia de calma e indiferencia del apego evitativo era una estrategia de regulación emocional inefectiva, fueron Sroufe y Waters (1977), que al estudiar las diferencias en la tasa cardíaca en niños en la situación extraña, encontraron que los niños con apego seguro experimentaban un incremento de la misma durante la fase de separación pero rápidamente volvían a la línea base, mientras que aquellos con un apego evitativo, mantenían ese incremento incluso durante el reencuentro con el cuidador. Estudios posteriores han replicado estos hallazgos en adultos utilizando la respuesta electrodermal (Diamond, Hicks y Otter-Henderson, 2006; White et al., 2012; Maunder, Lancee, Nolan, Hunter, y Tannenbaum, 2006) y la actividad del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (Ablow, Marks, Feldman y Huffman, 2013; Kidd et al., 2011; Quirin et al., 2008; Roisman, Tsai, y Chiang, 2004). Aunque los patrones de actividad fisiológica diferencian a los adultos ambivalentes y evitativos, la evidencia sugiere que los autoinformes realizados por ambos grupos no coinciden con su reactividad fisiológica, indicando que las personas con apego inseguro utilizan estrategias defensivas para regular las respuestas emocionales ineficaces. En el caso del apego

desorganizado se ha encontrado un patrón de secreción de cortisol diurno alterado (Dozier et al., 2006; Luijk et al., 2010).

También se han encontrado diferencias en los patrones de activación neurológica asociados con las dificultades interpersonales experimentadas por personas con estilo de apego inseguro ante, encontrándose asociación entre el apego ambivalente y la hiperactividad de la amígdala ante imágenes de expresiones faciales de enfado, sugiriendo una sensibilidad extrema ante el castigo social, mientras que el apego evitativo se asociaba con hipoactividad del tegmento ventral y estriado en respuesta a imágenes de sonrisas, lo que indica una respuesta confusa ante el refuerzo social (Vrticka, et al., 2008). Esto es coherente con la idea de que las personas con apego ambivalente muestran una elevada reactividad emocional ante indicios sociales (Dozier y Kobak, 1992; Mikulincer y Shaver, 2007a; Rom y Mikulincer, 2003), mientras que aquellos con apego evitativo tienden a disminuir la importancia de la información emocionalmente saliente (Dozier y Kobak, 1992).

Todos estos hallazgos evidencian que las dificultades de regulación emocional asociadas a la inseguridad en el estilo de vinculación demostradas mediante otras metodologías, tienen un correlato neurofisiológico que lo corrobora.

1.7. PROCESOS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD

Las personas que presentan trastornos de la personalidad, en general, suelen presentar problemas de regulación emocional (Gross y Levenson, 1997), sin embargo, el T.L.P. es en el que la desregulación emocional cumple un papel fundamental provocando limitaciones importantes (Van Rheeën et al., 2015), y es sobre el que más investigación se ha realizado (Barnow et al., 2010; Cheavens, Strunk y Chriki, 2012; Ghiasi, Mohammadi y Zarrinfar, 2016). Esto se debe a que se trata del síntoma patognomónico del T.L.P., (Crowell et al., 2008; Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004; Linehan, 1993; Links et al., 2007; Siever, Torgersen, Gunderson, Livesley y Kendler, 2002; Skodol et al., 2002a, 2002b), lo que Linehan (1993) denominó “vulnerabilidad emocional”, entendida como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad, una elevada reactividad emocional negativa (Russell et al., 2007) y una recuperación retardada (Reisch, Ebner-Priemer, Tschacher, Bohus y Linehan, 2008), es decir, se produce una respuesta muy rápida ante este tipo de estímulos, necesitando más tiempo para volver a la línea base afectiva.

En el proceso de conciencia emocional, las dificultades a este nivel parecen ser un elemento central al T.L.P. Tanto Linehan (1993) como otros autores (Cole, Llera y Pemberton, 2009; D’Agostino et al., 2017; Levine, Marziali y Hood, 1997) han identificado la falta de conciencia emocional como el proceso de regulación emocional más alterado en personas con T.L.P. A pesar de la elevada intensidad emocional, las personas con T.L.P. tienen dificultades para diferenciar la experiencia emocional propia y de otros (Ebner-Priemer et al., 2007; Niven, Totterdell, Stride y Holman, 2011),

expresando sus emociones de forma general y ambigua (Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers y Auckenthaler, 2007).

En referencia a la alexitimia, hay estudios que demuestran una asociación moderada con el T.L.P., (Aldao, 2012; Meaney, Hasking y Reupert, 2016;), incluyendo un metaanálisis reciente (Youri et al., 2016), habiéndose relacionado con la tendencia a realizar conductas autodestructivas (Ebner-Priemer et al., 2008; Warwar, Links, Greenberg y Bergmans, 2008; Zaki, Coifman, Rafaeli, Berenson y Downey, 2013). Sin embargo, también hay una revisión sistemática en la que se concluye que los resultados son contradictorios (Loas, Speranza, Pham-Scottez, Perez-Diaz y Corcos, 2012).

La aceptación emocional parece también estar alterada y tener un papel importante (Gratz y Gunderson, 2006; Schramm, Venta y Sharp, 2013), habiéndose identificado en algunos estudios la evitación experiencial como predictor de la gravedad de los síntomas de T.L.P., incluso controlando otros rasgos asociados con el T.L.P., como la impulsividad o la intensidad afectiva (Gratz, Tull y Gunderson, 2008; Yen et al., 2002). Según la investigación, este rechazo emocional aparece asociado con una mayor intolerancia al malestar (Chapman, Gratz y Brown, 2006; Gratz y Gunderson, 2006; Gratz y Roemer, 2004).

Respecto a la respuesta emocional, en comparación con otros trastornos de la personalidad, el T.L.P. se asocia con mayor intensidad emocional (Cheavens, Lejuez y Lynch, 2005; Donegan et al., 2003; Ebner-Priemer et al., 2005; Henry *et al.*, 2001; Herpertz et al., 2001; Koenigsberg et al., 2002 y 2009; Salsman y Linehan, 2012; Selby

et al., 2008), una tendencia a experimentar niveles más intensos de emociones negativas (Bland, Williams, Scharer y Manning, 2004; Nica y Links, 2009), mayor sensibilidad o menor umbral de respuesta ante las emociones negativas (Daros, Zakzanis y Ruocco, 2013; Domes, Schulze y Herpertz, 2009; Houben et. al., 2016; Matzke, Herpertz, Berger, Fleischer y Domes, 2014) y más oscilaciones afectivas (Cowdry y Gardner 1991; Koenigsberg et al., 2002). Sin embargo, es necesario distinguir entre una mayor intensidad ante las emociones negativas, aspecto que ha sido empíricamente demostrado en el T.L.P., y la mayor responsividad ante estas, en cuyo caso las evidencias no son tan claras (Feliu-Soler et al., 2013; Rosenthal et al. 2008). También, es necesario tener en cuenta que los resultados de los estudios son contradictorios en función de qué tipo de instrumentos de medida se utilicen y qué emociones en concreto se midan (Ebner-Priemer et al., 2015). Sobre la mayor reactividad fisiológica hay un gran número de estudios que indican que la hiper-reatividad se relaciona específicamente ante estímulos relacionados temas interpersonales (Dixon-Gordon, Gratz y Tull, 2013).

Se ha observado una tendencia a utilizar estrategias de regulación emocional desadaptativas en personas con T.L.P. (Becerra et al., 2013), incluso en periodos de estabilidad anímica (Hay, Sheppes, Gross y Gruber, 2015; Van Rheezen, Murray y Rossell, 2015). En concreto, en estudios recientes se ha identificado la supresión emocional como estrategia principal de regulación emocional (Carpenter y Trull, 2013; Ghiasi et al., 2016; Meaney et al., 2016; Rosenthal, Cheavens et al., 2005). La reserva de estrategias de regulación emocional empleadas de forma rutinaria de las personas con T.L.P. tiende a perpetuar su perfil emocional alterado (Conklin, Bradley y Westen, 2006; Linehan, 1993); la escasa utilizaron de la reevaluación cognitiva (Koenigsberg et al., 2009; Schulze et al., 2011; Van Rheezen et al., 2015;), junto con la tendencia a la

rumiación (Carpenter y Trull, 2013; Fletcher et al., 2014; Smith, Grandin, Alloy y Abramson, 2006; Van Rheenen et al., 2015), el catastrofismo (Carpenter y Trull, 2013; Selby, Kranzler, Panza y Fehling, 2016; Tuna y Bozo, 2014; Van Rheenen et al., 2015; Selby y Joiner, 2009), la evitación (Carpenter y Trull, 2013; Chapman, Dixon-Gordon y Walters, 2011) e internalización/ externalización de la culpa (Conklin et al., 2006). Estos resultados son congruentes con el modelo de cascada emocional para el T.L.P. (Selby et al., 2016 y 2009), que explica el efecto paradójico de la rumiación como estrategia de regulación (Caselli et al., 2013; Martino, Caselli, Ruggiero y Sassaroli, 2013). Este modelo propone que ante un estímulo que elicitaba una emoción negativa, se desencadena una respuesta de rumiación que incrementa la intensidad de la emoción, dando lugar a un proceso de retroalimentación positiva entre la emoción negativa y la rumiación que genera una experiencia emocional aversiva que se perpetúa. Debido a la elevada intensidad emocional, las estrategias de distracción habituales no son eficaces, incrementando la probabilidad de recurrir a conductas que cortocircuiten este bucle de descontrol mediante una intensa sensación física (Ej. autolesiones, vómitos autoinducidos...etc). Según el modelo de evitación experiencial propuesto por Chapman et al., (2006), se trata, por tanto, de intentos disfuncionales de regulación emocional (Knafo et al., 2015), que se usan con el fin de evitar la experiencia emocional negativa de gran intensidad y debido a su eficacia, se consolidan fácilmente a largo plazo por un proceso de refuerzo negativo (Gratz, 2003). En el caso de las autolesiones en forma de cortes, la frecuencia alcanza cifras de entre el 69 y 90% (Zanarini et al., 2008), e incluso, se han hallado fundamentos a nivel cerebral que sustentan cómo estas permiten reducir la intensidad emocional (Reitz et al., 2015). Se ha encontrado asociación entre la rumiación con las conductas de tipo autolesivo (Anestis, Anestis, Selby y Joiner, 2009; Sauer y Baer, 2012; Selby y Joiner, 2013), la gravedad del T.L.P.

(Baer y Sauer, 2011; Smith et al., 2006), conductas agresivas (Martino et al., 2015) e incluso rasgos de tipo límite (Abela, Payne y Moussaly, 2003; Selby et al., 2016 y 2008; Selby y Joiner, 2009; Tuna y Bozo, 2014).

En relación a la capacidad de recuperación emocional, a pesar de estudios que indican dificultades (Linehan, 1993), no todos los resultados orientan en esta línea (Kuo, Fitzpatrick, Metcalfe y McMain, 2016).

Utilizando la escala de Dificultades de Regulación Emocional (D.E.R.S., Gratz y Roemer, 2004), diversos estudios han demostrado, la afectación de todas las dimensiones de la regulación emocional (conciencia, aceptación y control emocional, falta de acceso a estrategias desadaptativas para modular las emociones y rechazo emocional) en personas con T.L.P. (Beblo et al., 2013; Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz y Lejuez, 2013; Kuo y Linehan, 2009). Se han replicado estos resultados utilizando diversos de instrumentos de medida (Dixon-Gordon et al., 2015). También se asocia el T.L.P. con una menor percepción de autoeficacia en la regulación emocional (Sauer et al., 2016). Un modelo reciente que ha pretendido explicar las dificultades de regulación emocional en el T.L.P. de forma específica es el “The DynAffect Model” (Ebner-Priemer et al., 2015), que plantea que la disregulación emocional se incluye tres procesos; altos niveles de afecto negativo como línea base, altos niveles de variabilidad afectiva y baja capacidad para retornar a la línea base. También se ha planteado que lo que caracteriza a las personas con T.L.P. es tanto una hipo-conciencia emocional como una hiper-responsividad emocional ante la sensación de desbordamiento emocional (Hazlett et al., 2007; Gauss et al., 2005).

Se han estudiado las bases neurobiológicas del T.L.P. en relación con los procesos de regulación emocional, encontrando una hipofunción en los sistemas serotoninérgico y dopaminérgico (Crowell, Beauchaine y Linehan, 2009), así como la alteración del eje hipotálamo-hipofisis-suprarrenal (Carrasco et al., 2007). También se ha asociado la hipersensibilidad del sistema colinérgico con la disforia y los síntomas depresivos y la hipofunción noradrenérgica con la sintomatología depresiva (Crowell et al., 2009). La deficiencia de opioides endógenos y la hipersensibilidad a sus receptores se relaciona con los estados disfóricos y la mejoría experimentada a través de las conductas autolesivas o el consumo de opioides (Stanley y Siever, 2010). También se ha explicado la recurrencia a este tipo de estrategias de regulación emocional por el tono parasimpático menor y la hipofunción en la amígdala (Reitz et al., 2015). A nivel neuroanatómico, se ha encontrado una disminución de sustancia gris en el cortex cingulado anterior, el hipocampo, el cortex orbito-frontal y la amígdala izquierdos (New et al., 2013). Actualmente se postula como posible hipótesis de la etiología biológica del T.L.P. una disfunción del circuito fronto-amigdalario de tal forma que existiría, por una parte, una hiperactividad amigdalario que provocaría un estado de hiperreactividad emocional y, por otra, una disfunción a nivel prefrontal que provocaría un fracaso en la correcta regulación de estas emociones negativas (Tajima et al., 2009). En general, cuando se produce un incremento de la activación, el procesamiento se produce a nivel de sistemas subcorticales relacionados con respuestas automáticas y rápidas, frente a un procesamiento cortical implicado en los procesos ejecutivos y de control (Fonagy, Luyten y Strathearn, 2011), en personas con T.L.P. se ha encontrado que tienen un umbral inferior para cambiar del sistema cortical al subcortical (New et al., 2012), lo que se traduce en una disminución de la activación de las regiones prefrontales y un

incremento de la actividad en la amígdala y en una menor capacidad de inhibición conductual.

Esta asociación entre T.L.P. y disfunción emocional resulta clave en la etiología del trastorno desde diferentes modelos y orientaciones teóricas (Bateman y Fonagy, 2005; Linehan, 1993). Para algunos modelos esta disfunción es la causa primaria, como sucede en la T.D.C., para otros es secundaria, por ejemplo, a interacciones interpersonales durante la infancia. Diferentes estudios indican que la disregulación emocional se asocia a muchos de los síntomas propios del T.L.P., tales como la inestabilidad en las relaciones interpersonales, los problemas de identidad, la sintomatología depresiva, la ansiedad, el afecto negativo y las conductas impulsivas (Carpenter y Trull, 2013; Cheavens et al., 2012; Kim, Sharp y Carbone, 2014). Según Van der Hart, Nijenhuis y Steele (2006), la experiencia emocional se experimenta como egodistónica contribuyendo a la representación de esta como una parte disociada de la identidad. Según Belloch y Fernández-Álvarez (2002) la inestabilidad afectiva e interpersonal es en gran medida consecuencia de una construcción deficitaria de la identidad, cuya característica esencial es la ausencia de cohesión y armonía interna. Esto se traduce en que frente al menor estímulo la respuesta emocional es inmediata e intensa y desata una cadena de interpretaciones disfuncionales que acentúan aún más la experiencia emocional. En definitiva, según estos autores, la disregulación emocional se manifiesta en una especial vulnerabilidad a emociones negativas, falta de habilidad para observar, reflejar y poner palabras a los estados emocionales, dificultad para predecir y entender conductas, dificultad para reconocer la diferencia entre realidad interna y externa y dificultad para integrar estados mentales opuestos. Además, la incapacidad para regular la activación emocional también interfiere en el desarrollo y mantenimiento

de la identidad personal (Linehan, 2003), debido a que generalmente, esta se forma a través de la consistencia emocional y la predictibilidad. Las dificultades para regular las emociones resultan en una elevada inestabilidad emocional y por lo tanto en un sentido de identidad personal inestables. Además, las dificultades para controlar las conductas impulsivas y la expresión de emociones negativas extremas causan estragos en su vida social; en particular, las dificultades con la ira y la expresión de la ira les impiden el mantenimiento de relaciones estables.

En definitiva, estas dificultades en la regulación emocional tienen importantes repercusiones en la funcionalidad de la persona, así como son muy relevantes desde la óptica de la intervención psicoterapéutica. En esta línea, hay que señalar la propuesta de Linehan (1993) del tratamiento dialéctico conductual (T.D.C.) que incluye una sección específica dedicada a la psicoeducación emocional y al entrenamiento en regulación emocional (García-Palacios, 2006).

1.8. RELACIÓN ENTRE EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD, ESTILO DE VINCULACIÓN Y DIFICULTADES DE REGULACIÓN EMOCIONAL

Hasta el momento actual, las investigaciones se han centrado en explorar la relación entre el estilo de vinculación y las habilidades de regulación emocional con el T.L.P. de forma independiente, sin embargo, son escasos los estudios que han evaluado simultáneamente estos aspectos. De esta manera, a pesar de los avances en la comprensión de las relaciones entre el estilo de apego y el T.L.P. y las dificultades de regulación emocional y el T.L.P., existe un gran desconocimiento en cuanto a la interacción de estos dos constructos en la explicación de la génesis del trastorno.

El primer trabajo que incluyó estas variables simultáneamente, fue el de Van Dijke y Ford (2015), en el que se estudiaron el estilo de apego y la regulación emocional en personas con T.L.P. y trastorno somatomorfo. Para ello, evaluaron las variables de infra y sobre regulación emocional junto con el estilo de vinculación en una muestra de 472 participantes utilizando las siguientes escalas; Structured Interview for Disorders of Extreme Stress Not Otherwise Specified, Revised (S.I.D.E.S.-rev; Van Dijke y Van der Hart, 2002), Bermond Vorst Alexithymia Questionnaire (B.V.A.Q.; Vorst y Bermond, 2001) y Relationship Style Questionnaire (R.S.Q.; Griffin y Bartholomew, 1994). Encontraron que el T.L.P. se asociaba con infra regulación emocional y la utilización de estrategias secundarias de apego de tipo temeroso, relacionadas con el miedo al abandono y consistentes en la hiperactivación de la conducta de apego. Es decir, este estudio apoya la asociación entre el T.L.P., las dificultades de regulación emocional y el estilo de apego inseguro ansioso-ambivalente.

En un estudio posterior, Ghiasi, Mohammadi y Zarrinfar (2016), encontraron que la regulación emocional, el apego y la teoría de la mente son variables importantes en la predicción del T.L.P., explicando en su conjunto el 41.2% de la varianza, por lo que proponen la inclusión de estas variables en el tratamiento.

Un trabajo que sugiere una reconceptualización del tema interesante es el de Scott et al., (2013), en el que pretendieron examinar el grado en que el apego ansioso y las dificultades de regulación emocional se asocian con las características del T.L.P. y con otros trastornos personalidad. Se basa en la idea de que el apego ansioso es el que mejor caracteriza la ambivalencia interpersonal, la inestabilidad, sensibilidad al rechazo y reactividad emocional característica de las personas con T.L.P. Así como partiendo de la premisa de que, tanto la disregulación emocional, como la alteración del funcionamiento interpersonal, representan características centrales de todos los trastornos de personalidad, lo que puede explicar el solapamiento de los diagnósticos (Livesley, 2011; Pincus y Wiggins, 1990; Zimmerman, et al., 2005). Con este objetivo evaluaron el estilo de apego, las dificultades de regulación emocional y los síntomas característicos de los trastornos de personalidad en una muestra de 100 participantes diagnosticados de T.L.P., trastorno antisocial de personalidad y trastorno evitativo de personalidad. Para ello, utilizaron numerosos instrumentos de evaluación, tanto a modo de autoinforme como utilizando otros informadores, siendo precisamente el uso de múltiples métodos de evaluación uno de los puntos fuertes del estudio. Encontraron que el apego ansioso y las dificultades de regulación emocional se asocian fuertemente con los tres tipos de trastornos de personalidad mencionados, lo que apoya la noción de un factor general de los trastornos personalidad y la conceptualización del D.S.M.-5 de una disfunción general de personalidad como característica principal de diversos trastornos de personalidad. Aunque, las asociaciones eran más fuertemente con el T.L.P., por lo

que los autores concluyeron que se puede hablar de una mayor especificidad. Sin embargo, a pesar de la perspectiva integradora, tanto por el modelo transdiagnóstico como por la utilización de múltiples métodos de evaluación, este trabajo presenta una limitación importante; se centra en un único estilo de vinculación reduciendo los posibles hallazgos, puesto que aunque a nivel teórico parece tener sentido la asociación del T.L.P. con el apego ambivalente, e incluso algunos estudios la avalan, hasta el momento actual la asociación del T.L.P. con un único estilo de apego no ha podido establecerse, tal y como se ha explicado previamente. Además, las aportaciones se reducen a asociaciones entre las variables, sin plantear modelos de mediación que podrían proveer un mayor nivel explicativo de las mismas.

Sin embargo, todavía es más difícil encontrar estudios que, no sólo incluyan simultáneamente estos tres constructos, sino que exploren los mecanismos subyacentes a las relaciones entre estos. Teóricamente se ha propuesto que las dificultades de regulación emocional características de las personas con T.L.P. resultan de la interacción entre la vulnerabilidad biológica y un entorno invalidante (Linehan, 1993; Crowell et al. 2009), o del déficit de mentalización asociado al proceso de vinculación (Bateman y Fonagy, 2005). Según Van der Kolk (1994), la explicación sobre la relación entre el estilo de vinculación y las estrategias de regulación emocional empleadas en personas con T.L.P., está basada en la producción de receptores de opiáceos; una de las funciones de la relación de apego entre el niño y el cuidador es la de modular la activación fisiológica en el niño, quien cuando el vínculo está alterado desarrolla menor cantidad de receptores y por lo tanto necesita una secreción de mayor cantidad de opiáceos endógenos para sentirse reconfortado o calmado (Panksepp et al., 1985). Según este planteamiento, en el caso de las personas con T.L.P. se intenta manejar los

estados de disforia produciendo artificialmente una liberación de opiáceos endógenos a través de la retraumatización, las autolesiones o el consumo de drogas o alcohol.

También se ha planteado la influencia mediadora de otros factores relacionados con la regulación emocional y determinados rasgos de personalidad como; el afecto negativo (como depresión, enfado, hostilidad y ansiedad) y la impulsividad (Fossati et al., 2005; Scott, et al., 2009). En un estudio de Cheavens et al. (2005), encuentran que la supresión del pensamiento como estrategia de regulación mediaba parcialmente la relación entre el criticismo parental percibido y T.L.P. Sin embargo, el role mediador de las dificultades de regulación emocional todavía no está claro (Fossati et al., 2015).

Un intento de dar respuesta a esta pregunta ha surgido en investigaciones procedentes del estudio de las situaciones de maltrato infantil. En un estudio realizado por Fossati et al., (2015) intentaron evaluar el papel mediador de la regulación emocional entre variables como el maltrato infantil, alteración del apego y los rasgos límites de personalidad. Encontraron que la alteración del apego se asociaba de forma significativa con los rasgos límites de personalidad y la disregulación emocional autoinformada (utilizando la escala D.E.R.S., Gratz y Roemer, 2004), explicando las dimensiones del apego más cantidad de varianza en la disregulación emocional que las características límites de personalidad. Los rasgos límites de personalidad se asociaron tanto con el estilo de apego preocupado o temeroso como con el ansioso o ambivalente, sin embargo, solamente el primero se asociaba también con la disregulación emocional. Según estos autores (Fossati et al., 2015), sus resultados apoyan la hipótesis de la relevancia de las experiencias traumáticas en el contexto de una relación de apego alterada como génesis del T.L.P. (Bateman y Fonagy, 2005), así como enfatizan la relevancia de los factores relacionales en el desarrollo de la disregulación emocional. Sin embargo, los resultados indicaron que la relación entre la disregulación emocional y

los rasgos T.L.P. no se debe totalmente a las asociaciones compartidas con el maltrato infantil o el apego inseguro, sugiriendo relaciones más complejas entre estos factores, igual que la literatura previa (Bateman y Fonagy, 2005). Además, en este estudio se utilizó una muestra no clínica y el instrumento que se empleó para evaluar los rasgos límites de personalidad (Borderline Personality Inventory, B.P.D., Chabrol et al., 2004), no se ajusta a los criterios diagnósticos de la A.P.A., por lo que podrían existir problemas de validez.

En otras investigaciones sobre el tema que han estudiado la influencia de las experiencias traumáticas en la infancia con las figuras de apego, se ha encontrado que la disregulación emocional (Gratz et al., 2008) y la alexitimia (Gaher, Hofman, Simons y Hunsaker, 2013), actúan como factores medidores en el desarrollo del T.L.P. en casos con antecedentes de experiencias traumáticas en la infancia. Westbrook y Berenbaum (2017), encontraron que la atención y claridad emocional tienen un role amortiguador en la sintomatología T.L.P. en personas que han sufrido experiencias traumáticas. Van Dijke et al., (2013), encontraron que el trauma con el cuidador principal y la infra regulación emocional (versus la sobre regulación) se asociaban con la gravedad de los síntomas del T.L.P. En un estudio de Carvalho et al. (2014), se encuentra que existe una relación entre haber sufrido experiencias de abuso o negligencia por parte de los cuidadores principales en la infancia y las dificultades de regulación emocional en personas con T.L.P. Estos autores concluyen que las dificultades de regulación emocional parecen ser la vía a través de la cual los sucesos traumáticos en la infancia incrementan el riesgo de desarrollar un T.L.P, asociación ha sido apoyada por estudios posteriores (Fossati, Gratz, Somma, Maffei y Borroni, 2016; Hiraoka et al., 2016; Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick y Goodwill, 2015).

Un estudio reciente que analiza los mecanismos de interacción entre la alteración del apego y la disregulación emocional en relación con los rasgos del T.L.P. es el de Kim et al., (2014). Este estudio puede considerarse innovador en los siguientes aspectos; utiliza una aproximación basada en los rasgos en consonancia con las recientes conceptualizaciones dimensionales de los trastornos de personalidad en el manual diagnóstico D.S.M. 5, se examinan tanto la seguridad en el apego materno como paterno, se analizan estrategias de regulación emocional concretas y se utiliza una muestra clínica de adolescentes (momento del ciclo vital de gran importancia en la formación de la personalidad). Se evalúa a 275 adolescentes de una unidad de hospitalización mediante las siguientes escalas de apego, regulación emocional y rasgos límites de personalidad respectivamente; Security Scale (SS; Marci et al., 2017), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (C.E.R.Q.; Jermann, Van der Linden, d'Acremont y Zermatten, 2006) y el Personality Assessment Inventory–Adolescent, Borderline Features scale (P.A.I-A. B.O.R.; Morey y Meyer, 2014). Los resultados revelaron que la seguridad del apego (sobre todo con el padre) funciona como un amortiguador para las características T.L.P. mediante la promoción de estrategias de regulación emocional saludables, mientras que las estrategias de regulación emocional patológicas tienen un potente correlato con rasgos del T.L.P., debilitando el efecto protector del apego seguro. Los resultados no apoyan la suposición ampliamente aceptada de que la inseguridad en el apego conduce a adoptar estrategias de regulación patológicas. Este trabajo aporta la visión de intentar explicar cómo factores de protección o asociados a la resiliencia, actúan en conjunto con otros que se asocian al funcionamiento desadaptativo, intando explicar desde esta perspectiva el desarrollo del T.L.P. Sin embargo, a pesar de las aportaciones innegables de este trabajo, permanecen lagunas de desconocimiento importantes sobre cómo influye la inseguridad en el apego

en la regulación emocional, así como, cual es el mecanismo en los diferentes estilos de apego en el desarrollo del T.L.P. Un aspecto cuestionable es que la muestra utilizada está compuesta por adolescentes y por lo tanto únicamente puede hablarse de una personalidad en proceso de formación, por lo que no sólo no puede hablarse de trastornos de personalidad, sino que además pueden confundirse rasgos o tendencias límites con determinados rasgos de personalidad asociados al momento del ciclo vital de la adolescencia (ej. Impulsividad, rebeldía, inestabilidad emocional...).

En definitiva, a pesar del incremento de estudios sobre el tema, todavía en el momento actual existe un conocimiento insuficiente sobre la relación entre el apego inseguro y las dificultades de regulación emocional en la génesis del trastorno límite de personalidad. Los trabajos que exploran las posibles vías por las cuales el estilo de vinculación inseguro se asocia al T.L.P., hallazgo que está bien establecido empíricamente, continúan siendo escasos predominando los datos correlacionales. Por otro lado, los escasos estudios existentes que evalúan el papel mediacional de las dificultades de regulación emocional se centran en la inseguridad en el apego o en un estilo de vinculación concreto, planteamientos que podrían considerarse reduccionistas teniendo en cuenta que la literatura previa no es concluyente al respecto, y que por lo tanto, es probable que conduzca a conclusiones también reduccionistas y cierre puertas a la hora de encontrar nuevos caminos en la explicación del desarrollo de esta patología. Además, salvo excepciones puntuales (Kim et al., 2014, con respecto a la regulación emocional pero no la sintomatología límite), se trata de forma global conceptos complejos como son el propio T.L.P. o la disregulación emocional, no diferenciándose entre el amplio abanico de sintomatología asociada, ni entre los distintos procesos emocionales implicados.

El presente estudio pretende aportar luz en esta área, incluyendo todas las posibilidades encontradas en cuanto a estilos de vinculación, dificultades de regulación emocional concretas, así como, las diferentes áreas de sintomatología límite, profundizando en las relaciones entre estos. Dando respuesta a preguntas que hasta el momento han quedado sin responder, como; ¿son las dificultades de regulación emocional un factor mediador entre el estilo de apego y el T.L.P.?; ¿Cuáles son los procesos de regulación emocional que más explican esta relación?; ¿Son todos los síntomas característicos del T.L.P. igualmente explicados por este modelo de mediación?, o por el contrario, ¿existen diferentes perfiles sintomatológicos y de desarrollo del trastorno? No habiendo sido incluidas estas cuestiones relativas al tipo de sintomatología por ningún estudio previo hasta el momento.

II. OBJETIVOS e HIPÓTESIS

El objetivo general del estudio es evaluar el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional en personas con rasgos límites elevados o trastorno límite de personalidad.

Este objetivo general se concretiza en los siguientes objetivos específicos:

Primero, se pretende evaluar las diferencias entre el grupo clínico y el control en los rasgos límites de personalidad, las diferentes dimensiones del apego y las dificultades de regulación emocional.

Segundo, se pretende evaluar la relación entre el estilo de apego, los rasgos límites y las dificultades de regulación emocional.

Tercero, se pretende evaluar un modelo explicativo de los rasgos límites de personalidad, en función del estilo de apego y las dificultades de regulación emocional como factor mediador.

A continuación, se plantean las hipótesis correspondientes a los objetivos específicos planteados:

Primero, en relación al estilo de apego, se espera encontrar:

- Puntuaciones más altas en la dimensión de Seguridad del CaMir-R en el grupo control que en el clínico.

- Puntuaciones más altas en el grupo clínico en las dimensiones asociadas a los estilos de apego inseguro; ambivalente-preocupado y no resuelto-desorganizado, es decir, las dimensiones de Interferencia de los padres y Traumatismo infantil del CaMir-R.

Segundo, en relación a regulación emocional, se espera encontrar;

-Mayores dificultades de regulación emocional en el grupo clínico, es decir, puntuaciones más elevadas en el total de la escala DERS.

-Mayores dificultades en todos los procesos de regulación emocional, es decir, puntuaciones más elevadas en las subescalas de Atención-Desatención, Claridad-Confusión, Aceptación-Rechazo, Funcionamiento-Interferencia y Regulación-Descontrol.

Tercero, en relación a los rasgos y sintomatología característica del Trastorno Límite de personalidad, se espera encontrar;

-Mayor presencia y severidad de rasgos y conductas de tipo límite en el grupo clínico, es decir, se espera encontrar puntuaciones más altas en el grupo clínico tanto en la escala total, como en todas las dimensiones de la escala DIB-R; Afectividad, Cognición, Conductas Impulsivas y Relaciones Interpersonales.

Cuarto, en cuanto a la asociación entre los rasgos límites de personalidad, las dificultades de regulación y el estilo de apego, se pretende encontrar;

-Una asociación entre mayor severidad de sintomatología límite de personalidad y tener un estilo de apego inseguro, es decir, una correlación negativa entre la puntuación total de la escala DIB-R y la dimensión de Seguridad en el apego del CaMir.

-Una asociación entre mayor severidad de sintomatología límite de personalidad y tener un estilo de apego inseguro de tipo ambivalente-preocupado y no resuelto-desorganizado, es decir, una correlación positiva entre la puntuación total de la escala DIB-R y las dimensiones de Interferencia de los padres y Traumatismo infantil del CaMir-R.

-Una asociación entre mayor severidad de sintomatología límite de personalidad y presentar mayores dificultades de regulación emocional, es decir, una correlación positiva entre la puntuación total de la escala DIB-R y la puntuación total y el resto de las subescalas de la escala DERS.

Quinto, en cuanto al modelo explicativo de los rasgos límites de personalidad, en función del estilo de apego y las dificultades de regulación emocional como factor mediador, se pretende encontrar;

-Que la sintomatología de tipo límite en todas sus áreas se explique por la inseguridad en el apego, en concreto los estilos desorganizado y ambivalente-preocupado mediado por las dificultades de regulación emocional en los todos los procesos descritos (ver figura 3).

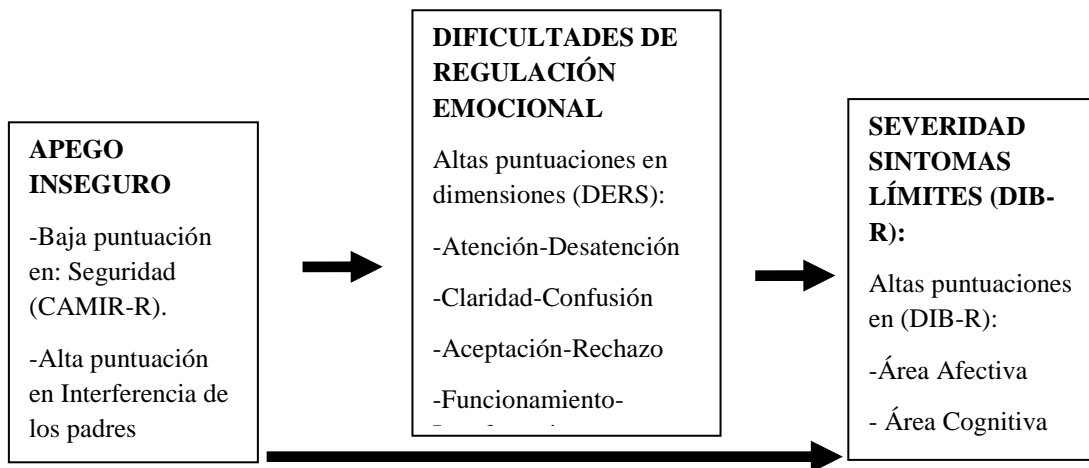


Figura 3. Modelo de mediación del apego, dificultades de regulación emocional y sintomatología límite de personalidad.

III. METODOLOGÍA

3.1. PARTICIPANTES

La población objeto de estudio son personas con rasgos límites de personalidad o trastorno límite de personalidad. Para seleccionar la muestra de estudio, se siguieron los siguientes criterios de inclusión:

- Tener un diagnóstico de trastorno límite de personalidad o rasgos límites.
- Tener 18 años o más.
- Dar su consentimiento para participar en el estudio.

Se excluyeron a aquellos participantes que además habían sido diagnosticados de retraso mental, trastorno psicótico o enfermedad grave, así como aquellos que no sabían leer, y no podían entender las indicaciones de las pruebas de evaluación. El tipo de muestreo que se realiza es no probabilístico por conveniencia.

Finalmente, participaron en el estudio 47 pacientes del Complejo Asistencial Universitario de Palencia pertenecientes al Servicio de Salud Mental, que habían sido diagnosticados con trastorno límite de personalidad o con rasgos límite, y que constituían el grupo clínico.

Tabla 6. Perfil sociodemográfico de la muestra (n=94).

Variabes Sociodemográficas	Grupo Clínico (n=47)	Grupo control(n=47)
<u>Género</u>		
Varón	8 (17.2)	8 (17.2)
Mujer	39 (82.98)	39 (82.98)
<u>Edad</u>		
Media ±	35.53 ± 8,32	35.32± 8,09
DT (rango)	(19-50)	(19-50)
<u>Nivel educativo</u>		
Estudios primarios	31 (65.96)	24 (51.06)
Estudios superiores	16 (34.04)	23 (48.84)
<u>Estado ocupacional</u>		
Desempleado/Incapacidad laboral	23 (48.84)	7 (14.89)
Trabajadores	24 (51.06)	40 (85.10)
<u>Lugar de residencia</u>		
Zona rural	12 (25.53)	0 (0%)
Zona urbana	33 (70.20)	47 (100)
<u>Nivel socioeconómico</u>		
Alto	2 (4.25)	3 (6.38)
Medio	33 (70.20)	38 (80.85)
Bajo	12 (25.53)	6 (12.76)

En la Tabla 6 aparecen las características sociodemográficas de la muestra. La gran mayoría de la muestra del grupo clínico está compuesta por mujeres (82,98%), siendo este dato congruente la literatura, en relación a una mayor prevalencia de mujeres con trastorno límite de personalidad (aproximadamente un 75% del total de casos con T.L.P. son mujeres, Herpertz et al., 2007). Como puede observarse, la media de edad es de 35 años, siendo las edades mínima y máxima de 19 y 50 años. Este dato es congruente con la edad en la que se estima se producen la mayor parte de los diagnosticos del T.L.P., entre los 19 y los 34 años (Swartz et al, 1990). Se observa una mayor presencia de personas con un nivel educativo básico, aproximadamente la mitad se encuentra en situación de desempleo o inactivos por incapacidad laboral debido a la propia enfermedad, y su nivel socioeconómico es medio, como se ha encontrado en otros trabajos con T.L.P. (Swartz et al, 1990). Más de la mitad de la muestra procede de una zona urbana con un nivel socioeconómico medio.

En lo referente a las características clínicas de la muestra (ver Tabla 7), la mitad del grupo de pacientes corresponde a personas diagnosticadas de T.L.P. (53% del grupo) y la otra mitad son personas que presentan rasgos límites de personalidad, pero no cumplen criterios para el diagnóstico del trastorno (47%). Es decir, presentan rasgos de personalidad en la línea descrita previamente, sin embargo, se diferencian de aquellos con un trastorno de personalidad, en que no presentan un patrón inflexible y dominante en una gran variedad de situaciones, asociado a un malestar clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento general de la persona. Todos ellos reciben o han recibido tratamiento en Salud Mental en alguno o varios de los dispositivos del Complejo Universitario de Palencia. La edad media del primer contacto con el Servicio de Salud Mental es de 21 años con una elevada variabilidad (desviación típica de 9,27), habiendo iniciado algún tratamiento psicológico y/o psiquiátrico en la infancia-adolescencia en el 40% de los casos. En estos casos con antecedentes en la infancia, los diagnósticos de mayor frecuencia en esta etapa evolutiva eran; los trastornos de ansiedad, alteraciones de conducta, intentos autolíticos y trastornos de la conducta alimentaria. Como puede observarse en los datos, la gran mayoría han recurrido a las autolesiones y han realizado algún intento autolítico, llegando a haber cometido varios intentos autolíticos más de la mitad de la muestra y un 27% intentaron suicidarse en el último año. En lo referente a la utilización de los recursos sanitarios, más de la mitad de la muestra ha requerido 2 o más hospitalizaciones en el Servicio de Salud Mental a lo largo de su vida y aproximadamente la mitad de la muestra han sido hospitalizados en el último año. Es especialmente llamativo que dos de los pacientes evaluados han sido hospitalizados en 29 y 30 ocasiones respectivamente.

Otros datos que se recogieron y resultaron interesantes fueron si la persona consideraba que había sido víctima de algún tipo de experiencia que le hubiera marcado de forma negativa y le haya sido difícil recuperarse emocionalmente. El porcentaje de sujetos que consideran haber vivido experiencias calificadas como traumáticas, tanto en la infancia como en la edad adulta, es elevado en el grupo clínico.

Entre las experiencias traumáticas más mencionadas se encuentran, el abuso sexual, maltrato físico o emocional en el entorno familiar, bullying y fallecimiento de los abuelos en la infancia, y en la edad adulta; la violencia de género, el abuso sexual, y la relación con los progenitores. Únicamente dos personas de la muestra clínica afirmaban haber sufrido la pérdida de personas significativas en su infancia. Al igual que los casos en los que se realiza una retirada de tutela por Protección del menor. Casi la mitad de la muestra clínica asegura haber consumido o abusado de sustancias como el cannabis, cocaína o alcohol. Cuatro personas del grupo clínico habían tenido problemas legales. Al preguntar por antecedentes de psicopatología en familiares más de la mitad tiene familiares de primer grado que han sido diagnosticados de un trastorno mental, siendo los más frecuentes los trastornos de control de impulsos, trastorno por dependencia de sustancias, trastornos afectivos y antecedentes familiares de intentos autolíticos y en algún caso suicidio consumado. Otro dato interesante, es la percepción del apoyo social que tiene la persona, en la muestra clínica más de la mitad de la muestra califican su red social como “escasa o inexistente”.

Tabla 7. Perfil clínico de la muestra (n=94).

VARIABLES CLÍNICAS	GRUPO CLÍNICO (n=47)	GRUPO CONTROL (n=47)
<u>Diagnóstico:</u>		
T.L.P.	25 (53,19)	-
Rasgos límites	22 (46,80)	-
<u>Antecedentes:</u>		
Edad inicio atención en S.M.: <i>M (D.T.)</i>	21.53 ± 9.27 (8-45)	-
Nº casos con diagnóstico de S.M. en infancia	19 (40.42)	-
Antecedentes familiares de psicopatología	28 (59.57)	5 (10.63)
<u>Hospitalizaciones:</u>		
Media total (<i>D.T.</i>), Máx. y Mín	4,31 (6,48), (0-30)	-
Media en el último año (<i>D.T.</i>)	21 (44.68)	-
Nº casos de casos con múltiples hospitalizaciones (≥2)	28 (59.57)	-
<u>Experiencias traumáticas Infancia:</u>		
Abuso sexual	18 (38.29)	9 (19.15)
Maltrato físico familia	3 (6.38)	2 (4.26)
Maltrato psicológico familia	4 (8.51)	-
Mala relación familiar	4 (8.51)	-
Testigo de violencia doméstica	4 (8.51)	-
Abandono progenitores	4 (8.51)	-
Retirada de tutela de padres	1 (2.13)	3 (6.38)
Enfermedad de progenitores	2 (4.25)	-
Fallecimiento progenitores	-	1 (2.13)
Divorcio de progenitores	1 (2.13)	-
Fallecimiento de abuelos	1 (2.13)	2 (4.26)
Fallecimiento de otros familiares	2 (4.26)	1 (2.13)
Bullying	-	-
Bullying	3 (6.38)	-
<u>Experiencias traumáticas Edad adulta:</u>		
Violencia de género	13 (27.65)	-
Violencia interpersonal	4 (8.51)	-
Abuso sexual	3 (6.38)	-
Relación con progenitores	3 (6.38)	-
Fallecimiento de familiares	2 (4.26)	-
Interrupción Voluntaria del Embarazo	1 (2.13)	-
Emigración	2 (4.26)	-
Problema físico	1 (2.13)	-
1 (2.13)	-	-
VARIABLES CLÍNICAS	GRUPO CLÍNICO (n=47)	GRUPO CONTROL (n=47)
<u>Conductas de riesgo:</u>		
-Autolesiones	17 (36.17)	-
-Intentos autolíticos:		
Uno	6 (12.76)	-
Múltiples intentos autolíticos	25 (53.19)	-
En el último año	13 (27.65)	-
-Consumo o abuso de tóxicos	20 (42.55)	1 (2.12)
-Problemas legales	4 (8.51)	-
<u>Percepción del apoyo social percibido:</u>		
“Escaso/Nulo”	35 (74.46)	4 (8.51)
“Satisfactorio”	12 (25.53)	43 (91.48)

Además, se seleccionó una muestra de 47 pacientes del Área de Atención Primaria de diversos centros de Salud de la ciudad de Palencia (C.S. Jardinillos, C.S. La Puebla y C.S. Eras del Bosque), con el fin de disponer de un grupo control para comprobar si existen diferencias con el grupo clínico en las variables del estudio. Los profesionales de los centros de Salud seleccionaban a los participantes según las características de la muestra del grupo clínico, teniendo en cuenta además que no tuvieran antecedentes psicopatológicos o presentaran alguna psicopatología en el momento de la evaluación. Se tomó la misma proporción de varones y mujeres en el grupo control. En cuanto a la edad, se tomó una muestra del mismo rango de edad (entre 19 y 50 años). La mitad del grupo control tiene un nivel educativo de estudios primarios y la otra mitad estudios superiores. La mayor parte de los componentes de este grupo se encuentran activos en el ámbito laboral y tienen un nivel socioeconómico medio. Debido a la forma de reclutamiento de este grupo, todas personas procedían de una zona urbana. Ninguno de los miembros de este grupo presenta antecedentes de psicopatología, ya se trata de un criterio de exclusión, sin embargo, un pequeño porcentaje afirma haber sufrido algún acontecimiento en su infancia que consideró traumático (abuso sexual, enfermedad o fallecimiento de progenitores, divorcio de sus progenitores...), únicamente en un caso hay antecedentes de consumo de tóxicos y en un escaso porcentaje de la muestra hay antecedentes psicopatológicos a nivel familiar. En cuanto a la percepción del apoyo social, la mayoría de los componentes del grupo control lo perciben como “Satisfactorio”.

En todos los casos la participación en el estudio fue voluntaria y todos los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio y firmaron un consentimiento informado. Además, a todos los participantes se les ofreció la posibilidad de conocer sus resultados individuales con posterioridad.

3.2. VARIABLES E INSTRUMENTOS DE MEDIDA

Las variables que se han incluido en el estudio son las variables socio-demográficas, el estilo de apego, los rasgos límites de personalidad y las dificultades de regulación emocional, que se han evaluado con los instrumentos de medida que aparecen en la Tabla 8, utilizando en cada caso la versión adaptada a población española.

Tabla 8. Variables e instrumentos de medida

Variable	Instrumento de medida	Autores
Sociodemográficas y clínicas	Cuestionario sociodemográfico	Elaboración propia.
Estilo de apego	Versión Reducida del cuestionario CaMi-R para la evaluación del apego	-Versión original: Pierrehumbert et al. (1996). - Adaptación española realizada por Lacasa (2008). -Versión reducida realizada por: Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011).
Rasgos límites de personalidad	Entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (DIB-R)	-Versión original: Zanarini, Gunderson, Frankenburg y Chauncey (1989). - Adaptación española realizada por Barranchina, Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... & Sola, (2004)
Dificultades de regulación emocional	Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS)	-Versión original: Gratz y Roemer (2004). -Adaptación española realizada por Hervás y Jodar (2008).

Cuestionario de recogida de datos sociodemográficos y preguntas relativas a antecedentes personales.

Consiste en una entrevista estructurada que el entrevistador realiza a los participantes sobre las variables sociodemográficas y clínicas expuestas previamente.

Cómo puede observarse en el Anexo I, estas variables están organizadas temáticamente

por categorías (vivencia de acontecimientos traumáticos en la infancia y edad adulta, conductas de riesgo y nivel de funcionalidad), en los casos en los que se incluyen opciones o categorías de respuesta, esto responde únicamente a la finalidad de facilitar el registro, es decir, no se les verbalizan al realizar las preguntas. En el único caso en el que se plantea una pregunta de tipo cerrado con ofreciendo opciones de respuestas es; ¿cómo considera el apoyo social que tiene; “Escaso/Nulo”, “Satisfactorio” o “Muy satisfactorio”?

Adaptación española de la entrevista Diagnóstica Revisada para Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad (DIB-R, Barranchina et al., 2004).

Se utiliza para evaluar la presencia de rasgos límites de personalidad. Se trata de la entrevista semiestructurada para T.L.P. más utilizada, ya que permite determinar tanto el diagnóstico como la severidad clínica de los pacientes con T.L.P. La validación española fue realizada por Barranchina, et al. (2004) mostrando una buena consistencia interna global (alfa de Cronbach de 0.89), una alta fiabilidad entre evaluadores (coeficiente de correlación intraclass de 0.94), elevadas sensibilidad (0.81) y especificidad (0.94) y una moderada convergencia diagnóstica con la SCID-II (kappa de 0.59).

Consta de 95 preguntas que representan los criterios diagnósticos para el T.L.P. organizados en cuatro áreas (afectiva, cognitiva, relaciones interpersonales y conductas impulsivas). El participante ha de responder pensando en los dos últimos años. La entrevista debe ser realizada por un entrevistador cualificado que ha de decidir a partir de la información del paciente, la puntuación para cada ítem (puntuación de 0: no, 1: probable y 2: sí). Las preguntas se organizan en 22 grupos por temáticas y se otorga una puntuación a cada grupo en función de las respuestas a todas las de una misma temática.

Al final, se suman las 22 puntuaciones y se transforma esta puntuación tal y como se indica en las instrucciones de la prueba (en un rango de 0 a 2 ó 3 respectivamente), generándose una puntuación total de cada una de las áreas evaluadas. Las áreas que evalúa se corresponden con cuatro áreas de funcionamiento personal de gran importancia para el T.L.P.:

-Área afectiva: evalúa la presencia de sentimientos de desesperanza, culpabilidad, irritabilidad, ansiedad, sentimientos de vacío...etc. Se evalúa mediante los ítems del 1 al 25. La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 2, indicando a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de sintomatología de estas características.

-Área cognitiva: evalúa la presencia de experiencias preceptuales infrecuentes y pensamiento psicótico. Se evalúa mediante los ítems del 26 al 58. La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 2, indicando a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de sintomatología de estas características.

-Patrón de conductas impulsivas: valora la presencia de conductas impulsivas como; abuso de sustancias, conductas autolesivas o para suicidas, agresiones o amenazas. Se evalúa mediante los ítems del 59 al 82. La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 3, indicando a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de sintomatología de estas características.

-Relaciones interpersonales: valora la existencia de dificultades en las relaciones interpersonales en distintos ámbitos, incluyendo variables como la intolerancia a la soledad, miedo al abandono, contradependencia, inestabilidad y conflictividad en relaciones íntimas. Se evalúa mediante los ítems del 83 al 125. La puntuación mínima es de 0 y la máxima es de 3, indicando a mayor puntuación mayor presencia y gravedad de sintomatología de estas características.

Además de las puntuaciones en las cuatro áreas evaluadas, esta escala proporciona una puntuación total, cuyo rango oscila entre 0 y 10, con un nivel de corte fijado en 6 a partir del cual indica una compatibilidad con un T.L.P. Dicha escala ha sido utilizada ampliamente tanto por motivos clínicos como de investigación.

Versión adaptada y reducida del cuestionario CaMi-R (Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert, 2011).

Se trata de un cuestionario que se fundamenta en las evaluaciones que realiza el sujeto sobre las experiencias de apego pasadas y presentes sobre el funcionamiento familiar. Es un instrumento ampliamente utilizado tanto en el ámbito de la investigación como en el ámbito clínico. Lacasa realizó una adaptación al castellano en 2008. La versión reducida del cuestionario fue realizada por Balluerka, Lacasa, Gorostiaga, Muela y Pierrehumbert (2011), con la intención de reducir el tiempo de aplicación de la versión original. La versión reducida consta de 32 ítems o afirmaciones a los que el participante responde mediante una escala Likert (de 1 a 5), que oscila entre “Totalmente en desacuerdo” y “Totalmente de acuerdo”. Se obtienen puntuaciones sumando las puntuaciones para cada una de las dimensiones que componen el cuestionario.

La estructura interna del cuestionario consta de 7 dimensiones, cinco de ellas referidas a las representaciones del apego (Seguridad, Preocupación familiar; Interferencia de los padres, Autosuficiencia y rencor contra los padres y Traumatismo infantil) y las dos restantes a las representaciones de la estructura familiar (Valor de la autoridad de los padres y Permisividad parental). Las dimensiones referidas a las representaciones de apego, son en las que se centra el presente estudio, incluyen los tres

rasgos esenciales o centrales del apego, es decir, los tres prototipos de apego seguro, evitativo y preocupado. Las dimensiones se definen de la siguiente manera:

-Seguridad: una puntuación elevada indica disponibilidad y apoyo de las figuras de apego. Hace referencia a la percepción de haberse sentido y sentirse querido por las figuras de apego, poder confiar en ellas y saber que están disponibles cuando se las necesita. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 3, 30, 3, 13, 11, 7 y 21. La puntuación mínima es de 7 y la máxima es de 35. Una puntuación elevada se asocia a un apego seguro y una puntuación baja a apego inseguro.

-Preocupación familiar: una puntuación elevada alude a la percepción de una intensa ansiedad de separación de los seres queridos y de una excesiva preocupación actual por las figuras de apego. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 12, 14, 32, 18, 31 y 26. La puntuación mínima es de 6 y la máxima es de 30. Una puntuación elevada se asocia a un apego ambivalente-preocupado.

-Interferencia de los padres: una puntuación elevada refleja el recuerdo de haber sido sobreprotegido en la infancia, haber sido un niño/a miedoso y haber sentido preocupación por ser abandonado. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 6, 27, 20 y 4. La puntuación mínima es de 4 y la máxima es de 20. Una puntuación elevada se asocia a un apego ambivalente-preocupado.

-Autosuficiencia y rencor contra los padres: una puntuación elevada indica rechazo hacia los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva y el rencor hacia los seres queridos. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 8, 16, 9 y 24. La puntuación mínima es de 4 y la máxima es de 20. Una puntuación elevada se asocia a un apego evitativo-devaluante.

-Traumatismo infantil: una puntuación elevada se asocia a recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas de las figuras de apego

durante la infancia. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 1, 28, 23, 10 y 17. La puntuación mínima es de 5 y la máxima es de 25. Una puntuación elevada se asocia a un apego desorganizado-no resuelto.

La dimensión de Seguridad se asocia al apego seguro y las dimensiones de Interferencia de los padres, Autosuficiencia y Traumatismo infantil al apego inseguro. En concreto, las dimensiones 2 y 3 se relaciona con el apego ambivalente-preocupado, la dimensión 6 con el apego evitativo-devaluante y la 7 con el apego desorganizado-no resuelto.

Tomando en consideración la cantidad de ítems que componen cada dimensión, cabe decir que, todas ellas presentan una adecuada consistencia interna (alpha de Cronbach entre 0,60 y 0,85) y estabilidad temporal (fiabilidad test-retest de 0.57). Por otro lado, el CaMir-R presenta adecuada validez convergente, evalúa un constructo multidimensional coherente con el encontrado utilizando otras medidas de autoinforme del estilo de apego, tales como el Attachment Style Questionnaire (ASQ; Feeney et al., 1994), la Adult Attachment Scale (AAS; Collins y Read, 1990) o el Relationship Style Questionnaire (RSQ; Griffin y Bartholomew, 1994), que evalúan los estilos de apego seguro, evitativo y preocupado, así como el Parental Bonding Instrument (PBI; Parker et al., 1979), que se centra en los estilos parentales percibidos por el adolescente.

Adaptación al castellano de la escala de Dificultades en la Regulación Emocional (DERS, Hervás y Jodar, 2008).

Fue desarrollada por Gratz y Roemer, (2004), posteriormente, Hervás y Jodar (2008) realizaron la adaptación al castellano. La escala DERS permite medir diferentes aspectos de la regulación emocional, aspectos considerados clínicamente relevantes

(Gratz y Roemer, 2004), y que al mismo tiempo abarcan las dificultades funcionales y déficits más importantes que pueden presentarse en el transcurso del procesamiento emocional de un suceso. Dicha escala ha sido utilizada ampliamente tanto por motivos clínicos como de investigación (Buckholdt, Chapman et al., 2009; Weiss, Young, y Gratz, 2014; Dixon-Gordon, et. al., 2015; Sepp et al., 2014; Sharp et al., 2012; Neumann et al., 2010).

La escala incluye 28 afirmaciones, que evalúan diferentes aspectos del proceso de regulación emocional y que cada participante responde mediante una escala Likert de 5 puntos (que comprende desde “Casi nunca/0-10% de las veces” a “Casi siempre/90-100% de las veces”). La escala Likert oscila entre las puntuaciones de 1 a 5. Las dificultades de regulación emocional se agrupan en cinco subescalas:

-Descontrol emocional: una puntuación elevada alude a las dificultades para mantener el control del comportamiento cuando se experimentan emociones negativas. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 2(i), 6 (i), 7 (i) y 9 (i). La puntuación mínima es de 4 y la máxima de 20.

-Interferencia cotidiana: una puntuación elevada hace referencia a las dificultades para concentrarse y cumplir tareas cuando se experimentan emociones negativas. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 1(i), 4, 5 y 8. La puntuación mínima es de 4 y la máxima de 20.

-Desatención emocional: una puntuación elevada apunta a las dificultades para atender y tener conocimiento de las emociones. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 10, 11, 18, 19, 20, 23 y 24. La puntuación mínima es de 7 y la máxima de 35.

-Confusión emocional: una puntuación elevada indica una dificultad para conocer y tener claridad respecto de las emociones que se están experimentando.

Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 12, 16, 21 y 27. La puntuación mínima es de 4 y la máxima de 20.

-Rechazo emocional: una puntuación elevada alude a reacciones de no aceptación del propio estrés. Dimensión evaluada mediante los siguientes ítems; 3, 13, 14, 15, 17, 22, 25, 26 y 28. La puntuación mínima es de 9 y la máxima de 45.

Los datos acerca de las propiedades psicométricas son adecuadas presentando una fiabilidad test-retest elevada ($\rho_1=.74$, $p<.001$).

3.3. PROCEDIMIENTO

Una vez que el proyecto fue aprobado por el Comité ético del Complejo Asistencial de Palencia, se procedió a la selección de los participantes.

Inicialmente se seleccionó la muestra clínica, es decir, los pacientes del Servicio de Salud Mental, que realizando una búsqueda en el programa clínico informático Inform@, con los criterios de búsqueda: diagnóstico “trastorno límite de personalidad” o “rasgos de personalidad límite” y el criterio de edad (mínimo 18 años). Dicha búsqueda se realizó en varias ocasiones lo largo de 1 año (de Mayo 2014 a Mayo 2015), con el objetivo de tener un registro actualizado de los pacientes.

Una vez seleccionado un grupo de pacientes que cumplía dichos criterios, se contactó telefónicamente con los pacientes, se les informaba de los objetivos del estudio y solicitaba su colaboración voluntaria. Aquellos que accedieron a participar, fueron citados posteriormente de forma individual, se les recordaban de nuevo los objetivos del estudio y el procedimiento, firmaban el consentimiento informado tipo (se puede consultar en el Anexo II) y se procedía a la evaluación.

Posteriormente, se contactó con los profesionales de atención primaria y se les informó de los objetivos del estudio, así como se les pidió colaboración para seleccionar a los participantes del grupo control. Los profesionales de diversos centros de Salud de la ciudad de Palencia (C.S. Jardinillos, C.S. La Puebla y C.S. Eras del Bosque) seleccionaron a los participantes según las características de la muestra del grupo clínico. Aquellos que voluntariamente accedían a participar eran citados posteriormente de forma individual, se les informaba sobre los objetivos del estudio, firmaban el consentimiento informado y se posteriormente se procedía a realizar la evaluación.

Todas las evaluaciones fueron realizadas por el mismo profesional, psicólogo interno residente en los últimos años de formación. Inicialmente, se aplicó el cuestionario sociodemográfico. Posteriormente, se administraron los cuestionarios descritos previamente, en el siguiente orden; DIB-R, CaMir-R y DERS. Encontrándose el evaluador en todo momento presente y disponible por si surgían dudas. El tiempo de evaluación aproximado de cada participante ha oscilado entre 45 y 90 minutos.

3.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el programa estadístico SPSS 20 (I.B.M.). En todos los análisis se ha utilizado una significación estadística de 0.01.

Para llevar a cabo los análisis preliminares que analizan las diferencias los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos con rasgos límite de personalidad sin diagnóstico y entre los participantes del grupo clínico y el control en las variables sociodemográficas. Para ello se llevaron a cabo contrastes *t* de Student de diferencia de medias para las variables cuantitativas y pruebas chi cuadrado para las nominales.

Con la finalidad de analizar las diferencias entre los grupos clínico y control en las variables de estudio (estilo de apego, dificultades de regulación emocional y rasgos límites de personalidad) se realizaron contrastes *t* de Student de diferencia de medias, calculándose los tamaños del efecto asociados.

Para analizar las relaciones entre rasgos y conducta límites, estilos de apego y regulación emocional se calcularon las correlaciones de Pearson en las variables de estudio para conocer las relaciones entre ellas.

Finalmente, se realizaron análisis de vías con el propósito de explorar el ajuste de diferentes modelos que incluyen variables mediacionales en la explicación de la sintomatología límite. Estos análisis fueron realizados con el paquete estadístico SPSS-AMOS versión 18.

Para evaluar el ajuste de los diferentes modelos como recomienda la literatura (Cupani, 2012) se utilizó el estadístico chi-cuadrado, que debe ser no significativo para indicar un buen ajuste, y varios índices de ajuste porque la prueba chi-cuadrado presenta algunos problemas: se ve afectada por el tamaño de la muestra, y puede estar sesgada cuando se viola algún supuesto de la distribución, provocando que se rechacen modelos adecuados, o que se acepten modelos que no se ajustan. Se utilizaron también la razón entre chi-cuadrado y los grados de libertad ($CMIN/df$), valores inferiores a 2 puntos indican un buen ajuste; el Índice de Ajuste Comparativo (C.F.I.) y el índice de Bondad de Ajuste (G.F.I.), cuyos valores oscilan entre 0 y 1, valores superiores a .90 sugieren un ajuste satisfactorio entre las estructuras teóricas y los datos empíricos, y valores iguales o superiores a .95, un ajuste óptimo, y el Error Cuadrático Medio de Aproximación (R.M.S.E.A.), que es una medida de ajuste absoluta, valores entre .06 y .08 indicarían un ajuste adecuado e iguales o inferiores a .05 indicaría un ajuste óptimo (Brown y Cudeck, 1993; Raykow y Marcoulides, 2000). También se calculó el coeficiente de determinación múltiple (R^2) o porcentaje de varianza explicado de las variables exógenas.

Por otra parte, se tuvieron en cuenta la significación de los parámetros estimados: los efectos directos e indirectos de las variables de las dimensiones del apego (*Seguridad, Interferencia de los padres, Autosuficiencia y rencor contra los padres y Traumatismo infantil*) y las dificultades de regulación emocional (*Claridad-Confusión, Aceptación-Rechazo, Funcionamiento-Interferencia y Regulación-Descontrol*), en la explicación de la sintomatología límite en todas sus áreas (*Afectiva, Cognitiva, Conductas impulsivas y Relaciones interpersonales*). Se excluyeron de los análisis aquellas variables cuyas correlaciones no habían resultado estadísticamente

significativas; la dimensión del apego *Preocupación familiar* y las dificultades de regulación emocional de la tarea *Atención-Desatención*.

Para evaluar la mediación, se tuvo en cuenta los requisitos que Baron y Kenny (Baron y Kenny, 1986; Holmbeck, 1997) señalan que deben cumplirse para que exista un efecto de mediación: a) la variable predictora –exógena- debe estar significativamente relacionada con el supuesto mediador; b) la variable predictora debe estar significativamente relacionada con la variable criterio –endógena-; c) el impacto de la variable predictora en la variable criterio es menor después de controlar el mediador. Se utilizó el estadístico z, a través del cálculo de error estándar con la fórmula de Sobel (1982) recomendada por MacKinnon y cols. (MacKinnon, Lockwood, Hoffman, West y Sheets, 2002; MacKinnon, Warsi y Dwyer, 1995).

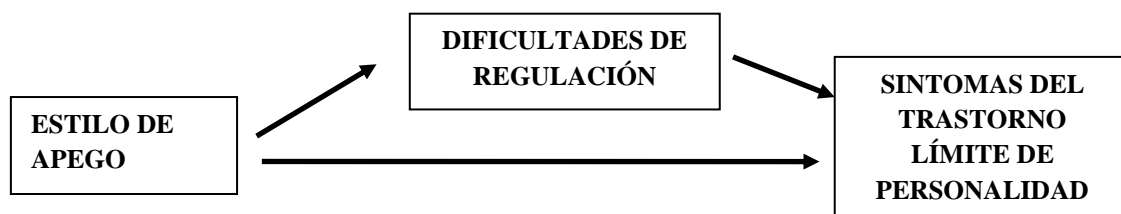


Figura 4. Modelo de mediación del apego, dificultades de regulación emocional y sintomatología límite de personalidad.

IV. RESULTADOS.

4.1. ANÁLISIS PRELIMINARES.

En primer lugar, y con el fin de poder incluir dentro de un único grupo clínico tanto a los participantes diagnosticados de T.L.P., como a aquéllos con rasgos límite de la personalidad pero que no cumplen todos los requisitos para el diagnóstico, se comprobó que no existían diferencias significativas en las variables estudiadas.

En segundo lugar, y con el fin de comprobar que el grupo clínico y control eran equivalentes se analizó si existían diferencias en las variables sociodemográficas.

4.1.1. Análisis de las diferencias entre los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos con rasgos límite de personalidad sin diagnóstico.

No se encontraron diferencias significativas entre los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos sin diagnóstico en *sintomatología límite total* [$t(45) = .80, p = .428$], al analizar las dimensiones específicas de la sintomatología límite, tampoco se encontraron diferencias significativas en las diferentes dimensiones: *Afectividad* [$t(45) = -1.17, p = .248$], *Cognición* [$t(45) = .60, p = .553$], *Conductas Impulsivas* [$t(45) = .70, p = .487$], y *Relaciones Interpersonales* [$t(45) = 2.25, p = .029$]. Ver Tabla 9.

Tabla 9. Estadísticos descriptivos en las variables de los participantes diagnosticados de T.L.P. y aquéllos con rasgos límite de personalidad sin diagnóstico.

Variables	Grupo Clínico	
	Diagnosticados de T.L.P. (n = 27)	Rasgos límites (sin diagnóstico) (n = 20)
Rasgos límites de personalidad (DIB-R)	7.81 (2.02)	7.35 (1.90)
Afectiva	1.89 (.42)	2 (0)
Cognitiva	1 (.88)	.85 (.81)
Conductas impulsivas	2.26 (1.06)	2.05 (.94)
Relaciones interpersonales	2.89 (.58)	2.45 (.76)
Dificultades de regulación emocional (DERS)	90.48 (25.96)	84.45 (17.44)
Atención-Desatención	8.89 (4.11)	10 (3.54)
Claridad-Confusión	12.15 (4.59)	10.35 (3.23)
Aceptación-Rechazo	23.19 (8.81)	24.15 (7.43)
Funcionamiento-Interferencia	15.67 (4.04)	13.55 (5.10)
Regulación-Descontrol	29.85 (10.91)	26.40 (11.20)
Apego (CaMir-R)		
Seguridad	26.60 (22.88)	27.96 (24.24)
Preocupación familiar	52.26 (14.88)	54.25 (12.26)
Interferencia de los padres	59.51 (12.46)	58.29 (11.57)
Autosuficiencia y rencor contra los padres	62.51 (8.21)	59.46 (8.29)
Traumatismo Infantil	77.26 (19.77)	70.33 (18.89)

No se encontraron diferencias significativas en las dificultades de *Regulación emocional total* [$t(45) = .90, p = .374$], tampoco se encontraron diferencias significativas cuando se analizaron las dificultades de regulación emocional de forma específica: *Atención-Desatención* [$t(45) = -.97, p = .337$], *Claridad-Confusión* [$t(45) = 1.50, p = .141$], *Aceptación-Rechazo* [$t(45) = -.40, p = .694$], *Funcionamiento-Interferencia* [$t(45) = 1.59, p = .119$] y *Regulación-Descontrol* [$t(45) = 1.06, p = .295$]. Ver Tabla 9.

Por último, tampoco se encontraron diferencias significativas entre los dos grupos en las dimensiones del apego: *Seguridad* [$t(45) = -.20, p = .845$], *Preocupación familiar* [$t(45) = -.49, p = .630$], *Interferencia de los padres* [$t(45) = .34, p = .734$], en *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* [$t(45) = 1.25, p = .216$], y *Traumatismo infantil* [$t(45) = 1.21, p = .232$]. Ver Tabla 9.

4.1.2. Análisis de las diferencias entre los participantes del grupo clínico y el control en las variables sociodemográficas.

Con el fin de comprobar que el grupo clínico y control eran equivalentes se analizó si existían diferencias en las variables sociodemográficas. No se realizaron contrastes en la variable género debido a que se seleccionaron los sujetos del grupo control, manteniendo la misma proporción de varones y mujeres. Tampoco se realizaron contrastes respecto al lugar de residencia debido a que en el grupo control todos los participantes residían en un núcleo urbano.

Se comprobó que no existían diferencias entre las medias de edad del grupo control y clínico [$t(92) = .13, p = .900$], ni en el nivel socioeconómico entre los grupos clínico y control [$\chi^2(2, n=94) = 3.29, p = .193$], ni en el nivel educativo entre los grupos clínico y control [$\chi^2(1, n=93) = 5.71, p = .017$]. Lo que indica que los participantes de los grupos clínico y control se encuentran distribuidos en proporciones similares en la variable nivel socioeconómico, situándose la gran mayoría de participantes de ambos grupos en un nivel socioeconómico medio, así como un nivel educativo equivalente.

Se comprobó que existían diferencias significativas entre los grupos clínico y control en la situación ocupacional [$\chi^2(1, n=94) = 12.53, p < .001$], siendo superior la proporción de participantes del grupo clínico en situación de desempleo; y en el apoyo

social percibido entre los grupos clínico y control [$\chi^2(1, n=94)=42.11, p<.001$], siendo superior la proporción de participantes del grupo clínico que perciben su red de apoyo social como “escasa/nula” en comparación con los del grupo control que tienden a valorarla como “satisfactoria”.

Estos resultados reflejan que las personas con sintomatología o elevada presencia de rasgos límites de personalidad tienden a tener dificultades para acceder o tener estabilidad en el ámbito laboral en comparación con su grupo normativo. También muestran las dificultades asociadas en el área de las relaciones interpersonales. La tendencia a la inestabilidad emocional, la impulsividad, la inclinación a realizar conductas de riesgo, así como a tener problemas interpersonales son factores que podrían explicar estos resultados (Niesten e Isabella, 2016; Ten Have et al., 2016).

4.2. DIFERENCIAS ENTRE EL GRUPO CLÍNICO Y CONTROL EN LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

4.2.1. Diferencias en rasgos y sintomatología del Trastorno Límite de Personalidad entre el grupo clínico y control.

Se comprobó que existían diferencias significativas en rasgos y sintomatología del Trastorno límite de Personalidad entre los grupos clínico y control. Se han encontrado diferencias significativas tanto a nivel global [$t(92) = 14.15, p < .001, \eta^2 = .685$], como en todas las dimensiones entre el grupo clínico y control: *Afectividad* [$t(60.43) = -9.07, p < .001, \eta^2 = .648$], *Cognición* [$t(78.93) = -4.35, p < .001, \eta^2 = .17$], *Conductas Impulsivas* [$t(60.71) = -13.16, p < .001, \eta^2 = .653$] y *Relaciones Interpersonales* [$t(78.04) = -10.70, p < .001, \eta^2 = .554$]. En todas ellas, la media del grupo clínico es significativamente superior a la del control (ver Tabla 10).

Tabla 10. Descriptivos de la variable rasgos límites de personalidad en el grupo clínico y control.

Rasgos límites de personalidad (DIB-R)	Grupo Clínico (n=47)	Grupo Control (n=47)
Afectiva	1.94 (.32)	.79 (.81)
Cognitiva	.94 (.84)	.30 (.55)
Conductas impulsivas	2.17 (1.01)	.09 (.41)
Relaciones interpersonales	2.70 (.69)	.70 (1.08)
Total	7.62 (1.96)	1.87 (1.97)

Los sujetos del grupo clínico presentan con mayor frecuencia y severidad en irritabilidad, ánimo depresivo, ansiedad, sentimientos de vacío, experiencias perceptivas infrecuentes, pensamiento de tipo psicótico, conductas impulsivas y relaciones interpersonales inestables (Ver Figuras 5 y 6). Por lo tanto, los resultados permiten

confirmar la hipótesis de que el grupo clínico presenta más rasgos y conductas más graves de características del Trastorno límite de personalidad.

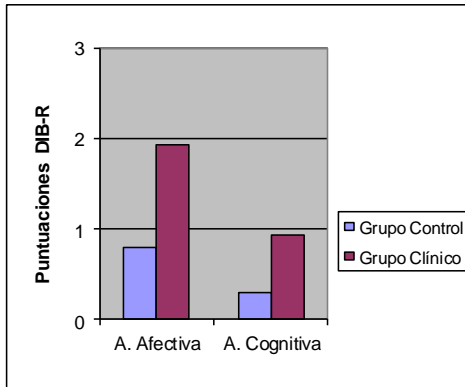


Figura 6. Medias en A. Afectiva y A. Cognitiva de los Grupos Clínico y Control.

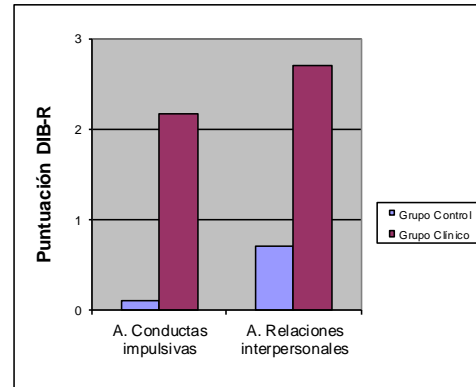


Figura 5. Medias en A. C. Impulsivas y A. R. Interpersonales de los Grupos Clínico y Control.

4.2.2. Diferencias en estilo de apegos entre el grupo clínico y control.

En relación con los estilos de apego, se han encontrado diferencias significativas en todas las dimensiones incluidas en el estudio: *Seguridad* [$t(66.158) = 6.44, p < .001, \eta^2 = .311$], *Preocupación familiar* [$t(92) = -3.60, p = .001, \eta^2 = .123$], *Interferencia de los padres* [$t(92) = -3.60, p = .001, \eta^2 = .118$], en *Autosuficiencia y rencor hacia los padres* [$t(92) = -5.85, p < .001, \eta^2 = .271$] y en *Traumatismo infantil* [$t(72.037) = -7.08, p < .001, \eta^2 = .353$] (Ver Tabla 11).

Tabla 11. Descriptivos de las variables apego en el grupo clínico y control.

Dimensiones del apego (CaMir-R):	Grupo Clínico (n=47)	Grupo Control (n=47)
-Seguridad	27.17 (23.21)	51.38 (11.15)
-Preocupación familiar	53.12 (13.72)	43.78 (11.30)
-Interferencia de los padres	58.99 (11.97)	50.31 (12.05)
-Autosuficiencia y rencor contra los padres	61.22 (8.30)	49.97 (10.27)
-Traumatismo Infantil	74.31 (19.50)	51.25 (10.86)

La media del grupo control es significativamente más alta que la del grupo clínico en apego seguro, indicando que los sujetos del grupo control perciben a las figuras de apego con afecto, como personas disponibles y en las que se puede confiar (ver Figura 7). Por el contrario, se observa la tendencia opuesta en el resto de las dimensiones, las asociadas a un estilo de apego inseguro; *Preocupación familiar*, *Interferencia de los padres*, *Autosuficiencia y rencor contra los padres* y *Traumatismo infantil*, siendo la media del grupo clínico significativamente superior a la del grupo control (ver Figura 7). En relación a los estilos de apego inseguro, se puede decir que los sujetos del grupo clínico perciben mayor ansiedad ante la separación de los seres queridos, presentan una excesiva preocupación por las figuras de apego en el momento actual, así como, recuerdos de haber sido sobreprotegidos en la infancia y haber sentido preocupación por ser abandonado, es decir, la media en apego ambivalente-preocupado es mayor que en el grupo control (ver Figura 7). También, los resultados indican que los sujetos del grupo clínico muestran mayor rechazo ante los sentimientos de dependencia y reciprocidad afectiva, así como rencor hacia los seres queridos, es decir, la media del grupo clínico en estilo de apego evitativo-devaluante es mayor que la del grupo control (ver Figura 7). Sin embargo, es en el estilo de apego desorganizado en el que se aprecia una mayor diferencia entre los grupos. Los resultados indican que los sujetos del grupo

clínico tienen más recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego durante la infancia (Ver Figura 7).

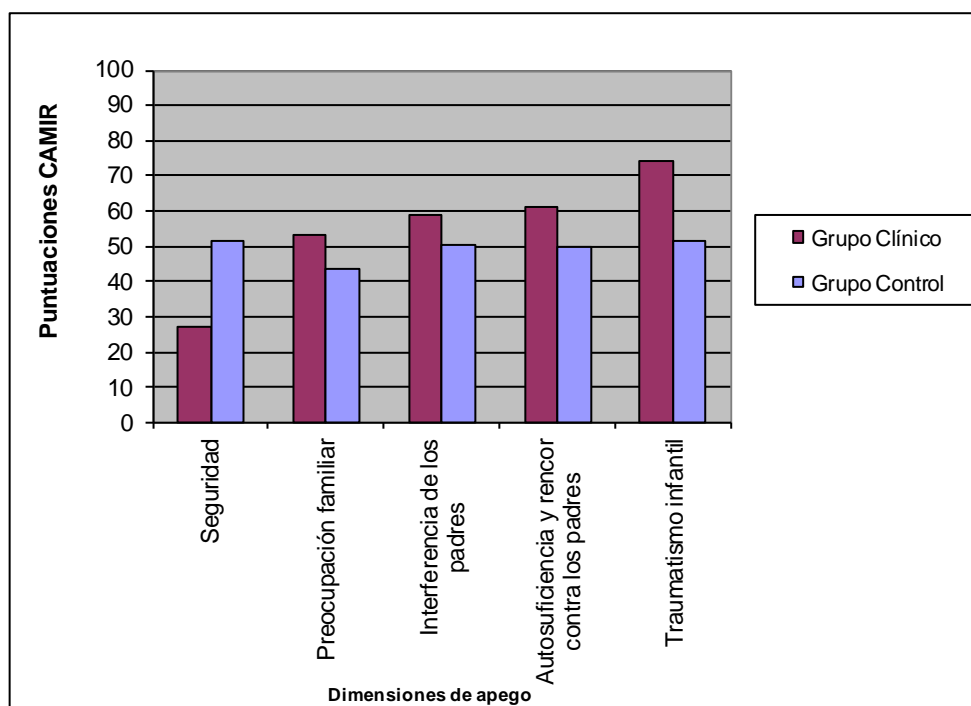


Figura 7. Medias en Dimensiones de Apego de los Grupo Clínico y Control.

En definitiva, ante los resultados obtenidos con respecto a las hipótesis sobre diferencias entre los grupos en estilo de apego, puede concluirse que en el grupo clínico la media de escalas de los participantes con un estilo de apego inseguro es significativamente mayor. En relación al subtipo de apego inseguro, los resultados indican que la media de escalas de los participantes con de cualquiera de ellos (ambivalente-preocupado, evitativo-devaluante y desorganizado-no resuelto) es significativamente superior a la del grupo control, siendo el desorganizado-no resuelto en el que la diferencia de medias es más significativa. Esto supone que se confirma la hipótesis sobre una menor seguridad en el apego en el grupo clínico. En cuanto al estilo concreto de apego, se confirma también la hipótesis de la asociación de los rasgos límites con los estilos de apego ambivalente-preocupado y desorganizado o no resuelto,

sin embargo, también se asocia con el estilo evitativo-devaluante, no planteado en las hipótesis del estudio.

4.2.3. Diferencias en habilidades de regulación emocional entre el grupo clínico y control.

Se encuentran diferencias significativas entre los grupos clínico y control en la puntuación total de la escala (DERS-Total), [$t(78.45) = -8.81, p < .001, \eta^2 = .457$], siendo la media del grupo clínico significativamente superior a la del control. Es decir, las personas con predominio de rasgos y sintomatología límite tienen mayores dificultades de regulación emocional, un resultado esperable.

Una vez analizadas las dimensiones, se han encontrado diferencias significativas en todas las dimensiones a excepción de la dimensión *Atención-Desatención* [$t(92) = -2.35, p = .815$]. Se encontraron diferencias significativas en *Claridad-Confusión* [$t(78.30) = -6.40, p < .001, \eta^2 = .308$], *Aceptación-Rechazo* [$t(87.17) = -6.25, p < .001, \eta^2 = .298$], *Funcionamiento-Interferencia* [$t(86.99) = -6.38, p < .001, \eta^2 = .307$] y *Regulación-Descontrol* [$t(60.42) = -8.44, p < .001, \eta^2 = .436$]. En todos los casos la media del grupo clínico es significativamente superior a la del grupo control, indicando mayores dificultades de regulación emocional en los participantes del primer grupo (ver Tabla 12).

Tabla 12. Descriptivos de las variables regulación emocional en el grupo clínico y control

Dificultades de regulación emocional (DERS)	Grupo Clínico (n=47)	Grupo Control (n=47)
Atención-Desatención	9.36 (3.88)	9.19 (3.10)
Claridad-Confusión	11.38 (4.13)	6.81 (2.65)
Aceptación-Rechazo	23.60 (8.18)	14.11 (6.44)
Funcionamiento-Interferencia	14.77 (4.60)	9.34 (3.60)
Regulación-Descontrol	28.38 (11.05)	13.72 (4.43)
Total	87.92 (22.71)	53.23 (14.59)

Estos resultados nos indicarían que no se encuentran diferencias significativas entre los grupos en cuanto a la capacidad para dedicar recursos atencionales a la información emocional. Por el contrario, el grupo clínico presenta mayores dificultades para nombrar con claridad las emociones, una mayor tendencia a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional, percepción de una mayor interferencia del manejo emocional en su funcionalidad, así como, mayor sensación de desbordamiento debido tanto a la intensidad como persistencia de los estados emocionales (ver Figuras 8, 9, 10 y 11).

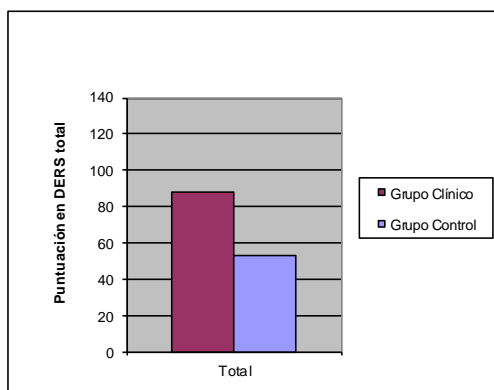


Figura 9. Media en Dificultades de Regulación Emocional de los Grupos

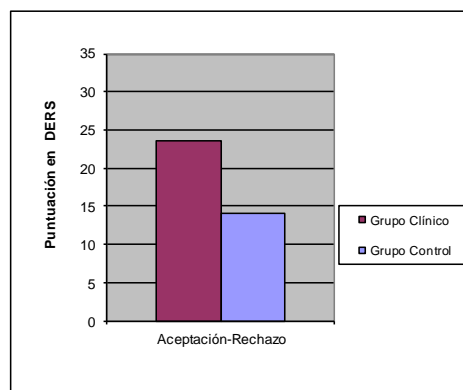


Figura 8. Medias en Aceptación-Rechazo Emocional de los Grupos

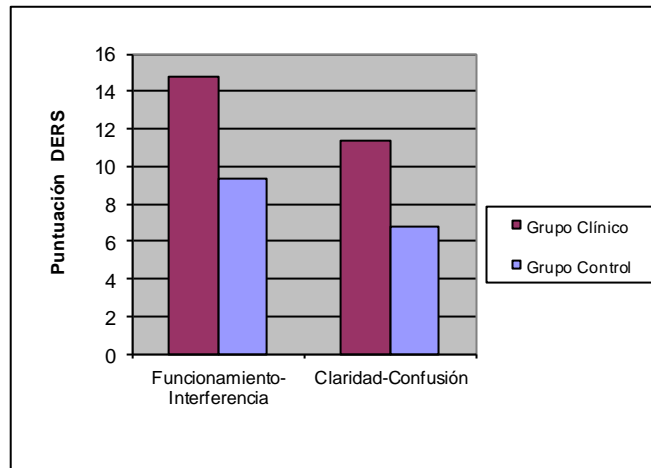


Figura 10. Medias en Funcionamiento-Interferencia y Claridad-Confusión de los Grupos Clínico y Control.

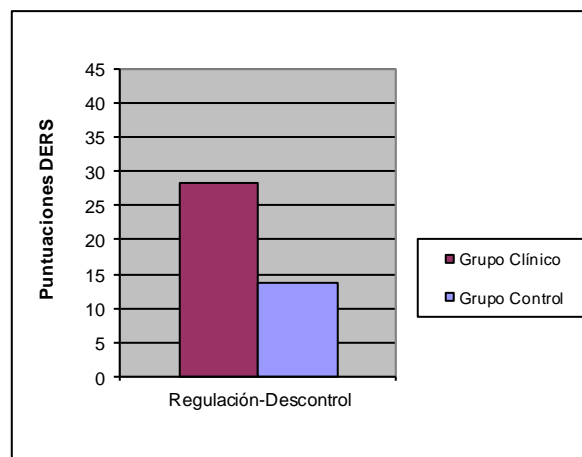


Figura 11. Medias en Regulación-Descontrol de los Grupos Clínico y Control.

En resumen, los resultados obtenidos permiten confirmar todas las hipótesis planteadas para la variable de regulación emocional, a excepción de la dimensión *Atención-desatención*, en la que no se encuentran diferencias significativas entre los grupos.

4. 3. RELACIONES ENTRE RASGOS Y CONDUCTA LÍMITES, ESTILOS DE APEGO Y REGULACIÓN EMOCIONAL

Con la finalidad de realizar el segundo objetivo de evaluar las relaciones entre los rasgos y conductas límites, estilo de apego y dificultades de regulación emocional, se calcularon las correlaciones entre las variables. Se obtuvieron los resultados que se encuentran en la Tabla 13.

4.3.1. Relación entre rasgos y conductas límites y el estilo de apego.

Se encontraron correlaciones medias entre las conductas y rasgos límites en general (DIB-total) con las siguientes dimensiones del apego: negativa en el caso de la dimensión de la dimensión de *Seguridad* [$r(94)=-.52, p<.001$], y positivas con las dimensiones de *Autosuficiencia* y *rencor contra los padres* [$r(94)= .52, p<.001$] y *Traumatismo infantil* [$r(94)=.58, p<.001$], siendo la correlación baja con las dimensiones de *Preocupación familiar* [$r(94)= .24, p<.001$] e *Interferencia de los padres* [$r(94)=.34, p<.001$]. Estos resultados indican una relación entre la mayor presencia o gravedad de los síntomas límites y la inseguridad en el estilo de apego, en mayor medida de tipo desorganizado pero también al evitativo-devaluante, siendo las correlaciones con el subtipo ambivalente-preocupado inferiores.

Cuando se correlacionaron las diferentes dimensiones del DIB y las del apego, se encontró que todas las áreas de sintomatología límite (*Área afectiva, Área de Cognición, Área de Conductas Impulsivas, y el Área de Relaciones interpersonales*) correlacionan de forma positiva con todas las dimensiones de apego a excepción de la de *Seguridad* (CaMir-1). Esto indica una relación entre la mayor presencia o gravedad de los síntomas límites y la inseguridad en el estilo de apego.

Desde el punto de vista del apego, la dimensión que más correlaciona [$r(94)=-.58$, $p<.001$] con la sintomatología límite es la dimensión *Traumatismo infantil* (CaMir7). Lo que indica que las personas con trastorno límite de personalidad con mayor tendencia experimentan recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego durante la infancia y se asocia a apego desorganizado.

Al analizar las áreas específicas de sintomatología límite, las correlaciones más elevadas se obtuvieron con las dimensiones de apego fueron las del *Área afectiva*, oscilando entre la más baja con la dimensión de *Preocupación familiar* (CaMir-2) [$r(94)=.34$, $p<.001$], y la más elevada con la dimensión *Traumatismo infantil* (CaMir-7) [$r(94)=.63$, $p<.001$]. Estos resultados indican una fuerte asociación entre presentar sentimientos de desesperanza, vacío, tendencia a la inestabilidad emocional, la irritabilidad y la ansiedad, con una mayor probabilidad de tener recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por parte de las figuras de apego durante la infancia, es decir, apego desorganizado.

El *Área de Cognición* es el grupo de síntomas que presentan el menor número de correlaciones significativas y las más bajas con las dimensiones de apego. Este resultado podría orientar hacia la existencia de otros factores predisponentes para el desarrollo de este tipo de sintomatología.

En relación a las áreas de *Conductas Impulsivas* y *Relaciones interpersonales*, las correlaciones más elevadas que se obtuvieron fueron en ambos casos con la dimensión *Traumatismo infantil* (CaMir-7), [$r(94)=.45$, $p<.001$] y [$r(94)=.59$, $p<.001$] respectivamente. Correspondiéndose la más baja con la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3) en ambos casos, [$r(94)=.29$, $p<.01$] y [$r(94)=.33$, $p<.01$] respectivamente. Es decir, en este tipo concreto de sintomatología, de nuevo los

resultados indican una fuerte asociación con el estilo de apego desorganizado frente al ambivalente-preocupado. Consultar Tabla 13.

Estos resultados en su conjunto, indican que las personas que tienen trastorno límite de personalidad, en concreto con mayor presencia de sintomatología afectiva, conductas impulsivas y alteración de las relaciones interpersonales (y no tanto la sintomatología cognitiva), se asocian a un estilo de apego inseguro, en mayor medida de tipo desorganizado, pero también al evitativo-devaluante.

4.3.2. Relaciones entre rasgos y conductas límites y las dificultades de regulación emocional.

En el caso de las dificultades de regulación en la escala total, se encuentra una correlación media-alta y de signo positivo [$r(94)=.62, p<.001$] con la sintomatología límite en general (DIB-Total). Es decir, se asocia la sintomatología límite con dificultades de regulación emocional, de forma directa y significativa, a mayor severidad de la sintomatología límite mayores dificultades de regulación emocional. Este resultado resulta coherente con la propia definición del trastorno límite de personalidad.

Cuando se correlacionaron las *dificultades de regulación emocional en general* (DERS-Total) y las diferentes dimensiones del DIB, se encontró una correlación media-alta con el *Área relaciones interpersonales* [$r(94)=.63, p<.001$], media con las áreas de *Afectividad* [$r(94)=.60, p<.001$] y *Conductas Impulsivas* [$r(94)=.51, p<.001$], y baja con el *Área de cognición* [$r(94)=.26, p<.001$]. Estos resultados indican una fuerte asociación positiva entre los problemas interpersonales asociados a personalidades límites y las

dificultades de regulación emocional, es decir, que a mayores dificultades de regulación emocional en personas con trastorno límite se asocian mayores dificultades en el ámbito interpersonal, y a la inversa. También se asocian estas mayores dificultades de regulación emocional a la tendencia a experimentar sentimientos de vacío, desesperanza, ansiedad, así como, conductas autolesivas, abuso de sustancias, heteroagresividad y otras conductas de riesgo. Sin embargo, de nuevo, la sintomatología cognitiva parece tener una escasa relación con las dificultades de regulación emocional y por lo tanto, asociarse a otros factores predisponentes.

Al analizar las dificultades específicas de regulación emocional, las correlaciones oscilan entre la más alta entre el *Área relaciones interpersonales* y las dificultades en la tarea de *Regulación-Descontrol*, [$r(94)=.71, p<.001$], y la más baja entre *Área afectividad* y la tarea de *Atención-Desatención*, [$r(94)=.04, p=.712$]. Las áreas de *Área afectividad*, *Conductas Impulsivas* y *Relaciones interpersonales* presentan correlaciones que oscilan entre la más baja con la tarea de *Atención-Desatención*, [$r(94)=.04, p=.712$], [$r(94)=.06, p=.569$] y [$r(94)=-.07, p=.534$], respectivamente. Y las correlaciones más altas con *Regulación-Descontrol*, [$r(94)=.68, p<.001$], [$r(94)=.66, p<.001$] y [$r(94)=.71, p<.001$], respectivamente. El *Área cognitiva*, es la que correlaciona menos con las dificultades de regulación emocional. Presenta correlaciones que oscilan entre la más baja con la tarea de *Atención-Desatención* [$r(94)=.13, p=.211$], y la más alta con *Claridad-Confusión* [$r(94)=.48, p<.001$].

En definitiva, los resultados indican que la tarea de regulación emocional *Atención-Desatención* únicamente correlaciona de forma significativa (media) con los

síntomas límites del *Área Afectiva*. Se encontraron correlaciones medias-altas entre; la tarea de regulación emocional *Regulación-Descontrol* con la sintomatología de tipo límite en todas sus áreas, a excepción del *Área de Cognición*, y entre la sintomatología característica del T.L.P. del *Área Relaciones interpersonales* y las tareas de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* y *Regulación-Descontrol*. Estos resultados indican que las personas con más rasgos límites de personalidad o con trastorno límite de personalidad presentan mayores dificultades para regular sus emociones. La tarea de regulación emocional que parece verse más afectada es la de *Regulación-Descontrol*, indicando que las personas con trastorno límite de personalidad presentan una excesiva intensidad emocional y sensación de persistencia de los estados emocionales negativos. Y el área de sintomatología límite que parece verse más asociada a las dificultades de regulación emocional son los problemas relativos al ámbito interpersonal, como la intolerancia a la soledad, miedo al abandono, la inestabilidad en las relaciones íntimas etc.

Estos resultados indican, en definitiva, que las personas con rasgos límites de personalidad presentan dificultades de regulación emocional en general y a mayor severidad de la sintomatología límite mayores son las dificultades de regulación emocional. La sensación de desbordamiento emocional se incrementa al incrementar el sentimiento de vacío, desesperanza y ansiedad, las conductas de riesgo y los problemas interpersonales. En el caso de los problemas interpersonales, al incrementarse estos, también se incrementa la interferencia emocional en comportamientos dirigidos a metas, y a la inversa.

4.3.3. Relaciones el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional.

Se encontró una correlación media entre las dificultades de *regulación emocional en general* (DERS-Total) y todas las dimensiones del apego; *Seguridad* (CaMir-1) [$r(94)=-.49, p<.001$], *Preocupación familiar* (CaMir-2) [$r(94)=.40 p<.001$], *Interferencia de los padres* (CaMir-3) [$r(94)=.47 p<.001$], *Autosuficiencia y rencor contra los padres* (CaMir-6) [$r(94)=.49, p<.001$], y *Traumatismo infantil* (CaMir-7) [$r(94)=.52, p<.001$]. Como puede observarse, todas estas correlaciones son positivas, a excepción de la dimensión *Seguridad* (CaMir-1). Estos resultados sugieren la asociación entre las dificultades de regulación emocional y cualquier tipo de apego inseguro, es decir, con la inseguridad en el apego.

Al correlacionar las dimensiones del apego y las dificultades en las diferentes tareas de regulación emocional, se encontró que todas las correlaciones eran de sentido positivo, a excepción de las de la dimensión *Seguridad* (CaMir-1) con todas las tareas de regulación emocional. Además, se trata en todos los casos de una relación significativa, lo que indica una asociación entre el apego inseguro y todas las dificultades de regulación emocional. Es decir, a menor seguridad en el apego, mayor incapacidad para nombrar con claridad las emociones, mayor tendencia a juzgar de forma negativa la propia experiencia emocional y como consecuencia presentar reacciones de vergüenza o malestar, mayor interferencia del manejo emocional en la funcionalidad y mayor es la sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y sensación de persistencia de los estados emocionales negativos.

La tarea de regulación emocional *Atención-Desatención* no correlaciona de forma significativa con ninguna de las dimensiones del apego.

La tarea de regulación emocional *Claridad-Confusión* presenta correlaciones que oscilan entre la más baja con la dimensión *Preocupación familiar* (CaMir-2) [$r(94)=.23$, $p<.05$], y la más alta con la dimensión *Seguridad* (CaMir-1), [$r(94)=-.38$, $p<.001$] y *Traumatismo infantil* (CaMir-7), [$r(94)=.38$, $p<.001$].

La tarea de regulación emocional *Aceptación-Rechazo* presenta correlaciones que oscilan entre la más baja con la dimensión *Autosuficiencia y rencor contra los padres* (CaMir-6) [$r(94)=.34$, $p<.001$] y la más alta con la dimensión *Traumatismo infantil* (CaMir-7), [$r(94)=.45$, $p<.001$].

La tarea de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* presenta correlaciones que oscilan entre la más baja con la dimensión *Preocupación familiar* (CaMir-2) [$r(94)=.25$, $p<.05$] y la más alta con la dimensión *Seguridad* (CaMir-1), [$r(94)=-.54$, $p<.001$].

La tarea de regulación emocional *Regulación-Descontrol* presenta correlaciones que oscilan entre la más baja con la dimensión *Preocupación familiar* (CaMir-2), [$r(94)=.36$, $p<.001$] y la más alta con la dimensión *Autosuficiencia y rencor contra los padres* (CaMir-6), [$r(94)=.47$, $p<.001$]. Consultar Tabla 13.

Como puede observarse, las tareas de *Atención-Desatención* y *Claridad-Confusión*, no correlacionan o tienen una baja correlación con las dimensiones del apego. Teniendo en cuenta la existencia de correlación del resto de tareas de regulación emocional, así como de la puntuación global, así como el aval que ha tenido esta relación en la literatura previa, estos resultados podrían entenderse como procesos

distintos a la regulación emocional, tal y como han planteado algunos autores (John y Eng, en Gross, 2014).

La dimensión del apego que correlaciona de forma significativa con dificultades en todas las tareas de regulación emocional, a excepción de las anteriormente mencionadas, es la de *Traumatismo infantil* (CaMir-7), lo que indica que el apego desorganizado se asocia a mayores dificultades en cualquiera de estos procesos de regulación emocional (*Aceptación-Rechazo*, *Funcionamiento-Interferencia* y *Regulación-Descontrol*), y por lo tanto, mayor tendencia a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional, mayor interferencia de las emociones en las conductas dirigidas a objetivos y mayor sensación de desbordamiento emocional. Las dimensiones de apego *Interferencia de los padres* (CaMir-3) y *Autosuficiencia y rencor contra los padres* (CaMir-6), correlacionan únicamente con las dificultades *Funcionamiento-Interferencia* y *Regulación-Descontrol*, indicando una menor afectación de la regulación emocional en el apego ambivalente-preocupado y el evitativo-devaluante. También son las dificultades de regulación emocional que correlacionan más con la inseguridad en el apego, por lo que probablemente tengan mayor peso en la explicación de los procesos patológicos.

En resumen, los resultados indican que las personas con apego inseguro tienen a presentar dificultades de regulación emocional en general y específicamente se asocian una mayor interferencia de las emociones en las conductas dirigidas a objetivos y una mayor sensación de desbordamiento emocional a los subtipos de apego ambivalente-preocupado y el evitativo-devaluante, y se acompañana de la mayor tendencia a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional en el caso del apego desorganizado.

Tabla 13. Correlaciones entre rasgos límites de personalidad, estilo de apego y dificultades de regulación emocional.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.	1.36	.54***	.66***	.74***	.04	.57***	.57***	.55***	.68***	-.52***	.34***	.41***	.53***	.63***
DIB-R A	(.84)													
2.	.62	-	.55***	.52***	.13	.48***	.18	.47***	.40**	-.24*	.13	.19	.35***	.28**
DIB-R C	(.78)													
3.	1.13		-	.70***	.06	.60***	.43***	.56***	.66***	-.44***	.19	.29***	.45***	.45***
DIB-R CI	(1.30)													
4.	1.70			-	-.07	.59***	.52***	.63***	.71***	-.51***	.25*	.33**	.48***	.59***
DIB-R RI	(1.35)													
5.	9.28				-	.29**	.15	-.11	.03	.01	.02	.00	.07	-.05
DERS-AD	(3.49)													
6.	9.10					-	.66***	.50***	.70***	-.38***	.23*	.30**	.36***	.38***
DERS-CC	(4.14)													
7.	18.85						-	.48***	.66***	-.39***	.45***	.42***	.34***	.45***
DERS-AR	(8.74)													
8.	12.05							-	.64***	-.54***	.25*	.47***	.47***	.53***
DERS-FI	(4.93)													
9.	21.05								-	-.42***	.36***	.44***	.47***	.46***
DERS-RD	(11.16)													
10.	39.28									-	-.01	-.24*	-.69***	-.81***
CAMIR 1	(21.82)													
11.	48.45										-	.49***	.14	.17
CAMIR 2	(12.51)													
12.	54.65											-	.46***	.37***
CAMIR 3	(12.72)													
13.	55.60												-	.70***
CAMIR 6	(9.30)													
14.	62.68													-
CAMIR 7	(19.51)													

*p<.05; **p<.01; ***p<.001

4.4. ANÁLISIS DE LOS MODELOS EXPLICATIVOS DE LOS RASGOS Y CONDUCTAS LÍMITE

En relación al tercer objetivo, se realizó un análisis de vías para comprobar la viabilidad de un modelo explicativo de los rasgos límites de personalidad, en función del estilo de apego y las dificultades de regulación emocional como factor mediador. Inicialmente, se calcularon modelos parciales para cada subgrupo de síntomas límites (*DIB Afectividad, Cognición, Conductas impulsivas y Relaciones interpersonales*), en función de los subtipos de apego (*CAMIR-1, 3,6, 7*), pero específicamente para cada tarea de regulación emocional (*DEERS-AC, CC, AR, FI, RD*), introduciendo únicamente las relaciones significativas. Posteriormente, se calcularon los modelos globales, introduciendo conjuntamente todas las relaciones significativas obtenidas en el análisis previo, para cada subgrupo de síntomas límites (*DIB Afectividad, Cognición, Conductas impulsivas y Relaciones interpersonales*).

4.4.1. Análisis de los modelos explicativos del área Afectividad.

El modelo parcial de los propuestos que mejor se ajusta para explicar la sintomatología del área afectiva (*DIB-R Afectividad*) es el modelo explicativo que incluye un efecto directo de la dimensión del apego de *Traumatismo infantil* (*CaMir-7*), asociada al apego desorganizado, y los efectos indirectos de las dimensiones del apego *Interferencia de los padres* (*CaMir-3*), y *Seguridad* (*CaMir-1*) asociados con el apego inseguro y ambivalente-preocupado, mediados por las dificultades de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* (*DEERS-FI*) y las correlaciones entre las dimensiones de apego incluidas [$\chi^2(3, N=94)=2,80, p=.424, CMIN/DF=.93, GFI=.99, CFI=1.00, RMSEA=.00$] (ver Tablas 14 y 15).

Tabla 14. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	p
CAMIR-7→DIB-R Afectividad	.091	.013	.520	***
DERS-CC→DIB-R Afectividad	.345	.063	.420	***
CAMIR-3→DERS AR	.289	.065	.420	***
CAMIR-7→DIB-R Afectividad	.088	.014	.491	***
DERS-AR→DIB-R Afectividad	.152	.031	.382	***
CAMIR-1→DERS FI	-.101	.019	-.449	***
CAMIR-3→DERS FI	.139	.032	.360	***
CAMIR-7→DIB-R Afectividad	.088	.016	.471	***
DERS-FI→DIB-R Afectividad	.224	.065	.302	***
CAMIR-3→DERS RD	.390	.081	.444	***
CAMIR-7→DIB-R Afectividad	.076	.013	.430	***
DERS-RD→DIB-R Afectividad	.162	.022	.524	***

*** $p < .001$

Tabla 15. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-AR→ DIB-R Afectividad	.049	.044	-.05	.13	n.s.
CAMIR-7→ DERS-AR→ DIB-R Afectividad	0	-	-	-	-
CAMIR-1→DERS-FI→ DIB-R Afectividad	-2.89	.008	-2.91	-2.87	***
CAMIR-3→DERS-FI→ DIB-R Afectividad	2.70	.011	2.68	2.72	***
CAMIR-7→ DERS-FI→ DIB-R Afectividad	0	-	-	-	-

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-RD→DIB-R Afectividad	.063	.016	.032	.094	***
CAMIR-7→ DERS-RD→ DIB-R Afectividad	0	-	-	-	-

*** $p < .001$

4.4.2. Análisis de los modelos explicativos del área Cognitiva.

Los dos modelos explicativos parciales presentan un buen ajuste para explicar la sintomatología del *Área Cognitiva*, la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), tiene un efecto indirecto mediado por las dificultades de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* (DERS-FI) y por las dificultades de regulación emocional de *Regulación-Descontrol* (DERS-RD).

Como puede observarse en los resultados, la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología en el *Área cognitiva*, mediado por las dificultades de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* (DERS-FI) [$\chi^2(1, N=94)=.16, p=.68, CMIN/DF=.17, GFI=.99, CFI=1.00, RMSEA=.000$] y *Regulación-Descontrol* (DERS-RD) [$\chi^2(1, N=94)=.01, p=.92, CMIN/DF=.01, GFI=.99, CFI=1.00, RMSEA=.000$] (Ver Tablas 16 y 17).

Tabla 16. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Cognitiva.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	<i>p</i>
CAMIR-3→ DERS-FI	.182	.035	.470	***
DERS-FI→ DIB-R Cognición	.159	.030	.470	***
CAMIR-3→ DERS-RD	.390	.081	.444	***
DERS-RD→DIB-R Cognición	.058	.014	.403	***

****p*<.001

Tabla 17. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico *z* del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área Cognitiva.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		<i>p</i>
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-FI→DIB-R Cognición	3.31	.006	3.28	3.31	***
CAMIR-3→DERS-RD→DIB-R Cognición	3.12	.007	3.11	3.13	***

****p*<.001

4.4.3. Análisis de los modelos explicativos del área Conductas Impulsivas.

En este caso, varios modelos parciales obtienen buenos grados de ajuste. Por una parte, el modelo explicativo que incluye los efectos indirectos de las dimensiones del apego *Interferencia de los padres* (CaMir-3), y *Seguridad* (CaMir-1), asociados con el apego inseguro y ambivalente-preocupado, mediados por las dificultades de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* (DERS-FI) y las correlaciones entre las dimensiones de apego incluidas [$\chi^2(2, N=94)=4,00, p=.135, CMIN/DF=2.00, GFI=.98, CFI=.98, RMSEA=.10$] (ver Tablas 18 y 19)

Por otra parte, también presentan buenos ajustes los modelos explicativos que incluyen el efecto indirecto de la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), asociada al apego ambivalente-preocupado, a través de las dificultades de regulación emocional *Aceptación-Rechazo* (DERS-AR) [χ^2 (1, $N=94$)=1,59, $p=.21$, CMIN/DF=1.59, GFI=.99, CFI=.98, RMSEA=.08], y a través de las dificultades de regulación emocional *Regulación-Descontrol* (DERS-RD) [χ^2 (1, $N=94$)=.01, $p=.99$, CMIN/DF=.01, GFI=1.00, CFI=1.00, RMSEA=.00] (ver Tablas 18 y 19).

Tabla 18. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Conductas Impulsivas.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	<i>p</i>
CAMIR-3 → DERS-AR	.289	.065	.420	***
DERS-AR → DIB-R C.Impulsivas	.155	.034	.428	***
CAMIR-1 → DERS-FI	-.101	.019	-.449	***
CAMIR-3 → DERS-FI	.139	.032	.360	***
DERS-FI → DIB-R C.Impulsivas	.356	.055	.557	***
CAMIR-3 → DERS-RD	.390	.081	.444	***
DERS-RD → DIB-R C.Impulsivas	.187	.022	.662	***

*** $p<.001$

Tabla 19. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Conductas Impulsivas.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3→ DERS-AR→DIB-R C.Impulsivas	3.18	.014	3.15	3.20	***
CAMIR-1→DERS-FI→DIB-R C. Impulsivas	-4.11	.008	-4.09	-4.13	***
CAMIR-3→DERS-FI→DIB-R C. Impulsivas	3.61	.014	3.34	3.88	***
CAMIR-3→ DERS-RD→DIB-R C. Impulsivas	4.19	.017	4.15	4.22	***

*** $p < .001$

4.4.4. Análisis de los modelos explicativos del área Relaciones

Interpersonales.

El modelo explicativo parcial que mejor se ajusta para explicar la sintomatología del *Área de las Relaciones Interpersonales* es el que incluye el efecto directo de la dimensión de Apego de *Traumatismo infantil* (CaMir-7) y el efecto indirecto de la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir3), asociada al apego ambivalente-preocupado, y de la dimensión de *Seguridad* (CaMir-1) mediado por las dificultades de regulación emocional de *Funcionamiento-Interferencia* (DERS-FI) y las relaciones entre las dimensiones de apego [$\chi^2(3, N=94)=0.99, p=.804, CMIN/DF=0.33, GFI=.99, CFI=1.00, RMSEA=.00$] (Ver Tablas 20 y 21).

Tabla 20. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	p
DERS-CC→DIB-R R.Interpersonales	.499	.083	.469	***
CAMIR-7→DIB-R R.Interpersonales	.104	.018	.459	***
CAMIR-3→DERS AR	.289	.065	.420	***
CAMIR-7→DIB-R R.Interpersonales	.109	.019	.468	***
DERS-AR→DIB-R R.Interpersonales	.172	.043	.329	***
CAMIR-1→DERS FI	-.101	.019	-.449	***
CAMIR-3→DERS FI	.139	.032	.360	***
CAMIR-7→DIB-R R.Interpersonales	.086	.021	.353	***
DERS-FI→DIB-R R.Interpersonales	.432	.082	.450	***
CAMIR-3→DERS RD	.390	.081	.444	***
CAMIR-7→DIB-R R.Interpersonales	.082	.016	.356	***
DERS-RD→DIB-R R.Interpersonales	.237	.029	.588	***

*** $p < .001$

Tabla 21. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-AR→DIB-R R.Interpersonales	2.97	.017	2.94	3	***
CAMIR-7→DERS-AR→DIB-R R.Interpersonales	0	-	-	-	-
CAMIR-1→DERS-FI→DIB-R R.Interpersonales	-3.74	.012	-3.76	-3.72	***
CAMIR-3→DERS-FI→DIB-R R.Interpersonales	3.35	.018	3.31	3.38	***
CAMIR-7→DERS-FI→DIB-R R.Interpersonales	0	-	-	-	-
CAMIR-3→DERS-RD→DIB-R R.Interpersonales	4.15	.022	4.11	4.19	***
CAMIR-7→DERS-RD→DIB-R R.Interpersonales	0	-	-	-	-

*** $p < .001$

4.4.5. Análisis de los modelos explicativos globales.

Se procedió a integrar estos resultados en modelos globales, incluyendo únicamente las relaciones significativas, para explicar cada uno de los grupos sintomáticos del T.L.P.

En el modelo global del *Área afectiva*, la dimensión de *Traumatismo infantil* (CaMir-7), asociada al apego desorganizado, tiene un efecto directo sobre la sintomatología en el *Área afectiva* y la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3) un efecto indirecto mediado por las dificultades de regulación emocional *Regulación-Descontrol* (DERS-RD) [χ^2 (2, N=94)=12.82, p =.002, CMIN/DF=6.41, GFI=.94, CFI=0.91, RMSEA=.241] (Ver Tablas 16 y 17).

Tabla 22. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	p
CAMIR-7→DIB-R Afectividad	.076	.013	.430	***
CAMIR-3→DERS RD	.390	.022	.444	***
DERS-RD→DIB-R Afectividad	.162	.022	.524	***

*** p <.001

Tabla 23. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio Área Afectiva.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-RD→DIB-R Afectividad	4.03	.015	4.015	4.045	***

*** $p < .001$

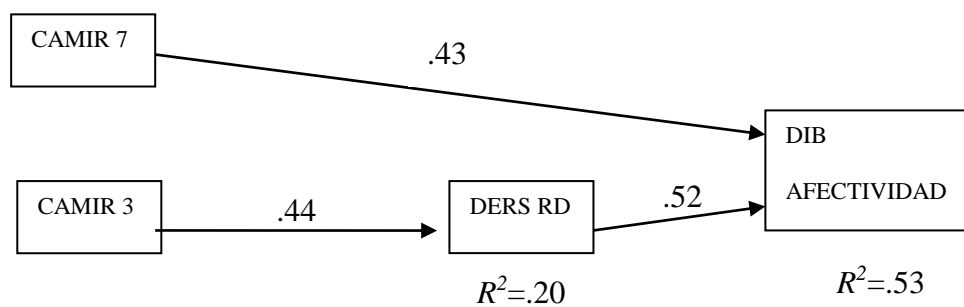


Figura 12. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área Afectiva. Se representan sólo las trayectorias significativas.

En el modelo global del *Área cognitiva*, la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología en el *Área cognitiva*, mediado por las dificultades de regulación emocional *Funcionamiento-Interferencia* (DERS-FI) [$\chi^2(1, N=94) = .169, p = .68, CMIN/DF = .17, GFI = .99, CFI = 1.00, RMSEA = .000$] (Ver Tablas 20 y 21).

Tabla 24. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Cognitiva.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	p
CAMIR-3 → DERS-FI	.182	.035	.470	***
DERS-FI → DIB-R Cognición	.153	.030	.470	***

*** $p < .001$

Tabla 25. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área Cognitiva.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3 → DERS-FI → DIB-R Cognición	3.64	.008	3.63	3.65	***

*** $p < .001$

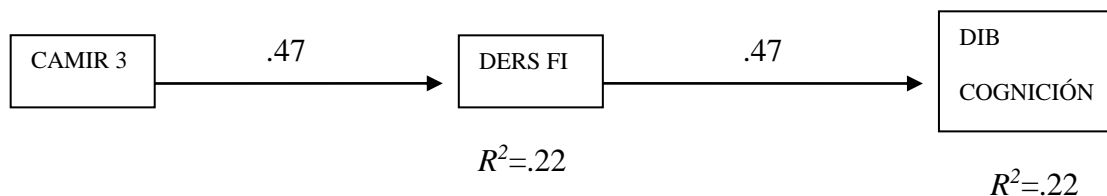


Figura 13. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área Cognitiva. Se representan sólo las trayectorias significativas.

Como puede observarse en el modelo global del *Área conductas impulsivas*, la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), asociada al apego ambivalente-preocupado, tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología en el *Área conductas impulsivas*, a través de las dificultades de regulación emocional *Regulación-Descontrol*

$[\chi^2(1, N=94) = .01, p=.917, CMIN/DF=.01, GFI=1, CFI=1, RMSEA=0]$ (ver Tablas 24 y 25).

Tabla 26. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio Área Conductas Impulsivas.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	P
CAMIR-3 → DERS-RD	.390	.081	.444	***
DERS-RD → DIB-R C. Impulsivas	.187	.022	.662	***

*** $p < .001$

Tabla 27. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Conductas Impulsivas.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		p
			LL	UL	
CAMIR-3 → DERS-RD → DIB-R C. Impulsivas	4.19	.017	4.17	4.21	***

*** $p < .001$

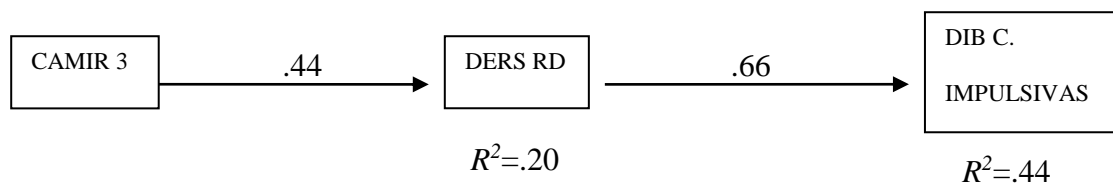


Figura 14. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área C. Impulsivas. Se representan sólo las trayectorias significativas.

Como puede observarse en el modelo global del *Área Relaciones Interpersonales*, la dimensión del apego de *Traumatismo infantil* (CaMir-7), asociado al

apego desorganizado, tiene un efecto directo sobre la sintomatología del *Área Relaciones Interpersonales*, y la dimensión de *Interferencia de los padres* (CaMir-3), asociada al apego ambivalente-preocupado, tiene un efecto indirecto sobre la sintomatología en el *Área de las conductas impulsivas*, a través de las dificultades de regulación emocional *Regulación-Descontrol* (DERS-RD) [χ^2 (2, N=94)=12.85, p =.002, CMIN/DF=6.43, GFI=.94, CFI=.91, RMSEA=.24] (Ver Tablas 28 y 29).

Tabla 28. Parámetros de estimación no estandarizados y estandarizados, errores estándar y niveles de significación para los efectos directos del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.

Predictor → Resultado	No Estandarizado	Error Estandarizado	Estandarizado	<i>p</i>
CAMIR-3→DERS RD	.390	.081	.444	***
CAMIR-7→DIB-R R.Interpersonales	.082	.016	.356	***
DERS-RD→DIB-R R.Interpersonales	.237	.029	.588	***

*** p <.001

Tabla 29. Efectos indirectos estandarizados y no estandarizados y estadístico z del análisis de vías; variable criterio síntomas en el Área de Relaciones Interpersonales.

Predictor → Mediador → Resultado	Estimación	SE	95% IC		<i>p</i>
			LL	UL	
CAMIR-3→DERS-RD→DIB-R R.Interpersonales	4.15	.022	4.11	4.19	***

*** p <.001

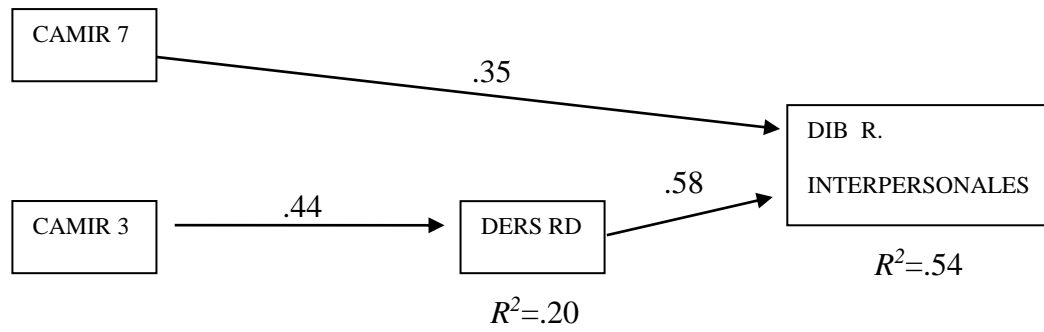


Figura 15. Representación del Modelo de Mediación de Sintomatología Límite del Área R. Interpersonales. Se representan sólo las trayectorias significativas.

V. DISCUSIÓN

5.1. DIFERENCIA ENTRE LOS GRUPOS EN RASGOS LÍMITES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTILO DE VINCULACIÓN

En relación al primer objetivo consistente en evaluar si existen diferencias significativas en las variables rasgos límites de personalidad, estilo de apego y dificultades de regulación emocional, entre los grupos clínico y control, se comprobó que existían diferencias significativas entre los grupos en todas las variables planteadas. Los resultados permiten confirmar la hipótesis de que el grupo clínico presenta más rasgos límites y conductas más graves características del T.L.P.

Con respecto a la variable estilo de vinculación, los resultados confirman la hipótesis planteada de una tendencia a la inseguridad en el vínculo en personas con predominio de rasgos límites de personalidad, de forma consistente con los hallazgos de los estudios previos (Agrawal et al., 2004; Barone et al. 2011; Barone, 2003; Barone et al, 2000; Diamond et al., 2003; Fonagy et al, 1996; Levy et al., 2006; Lyons-Ruth et al, 2007; Patrick et al, 1994; Rosenstein y Horowitz, 1996; Stalker y Davies, 1995; Stovall-McClough y Cloitre, 2003; van IJzendoorn et al., 1997). En cuanto al estilo concreto de apego, se confirma también la hipótesis de la asociación de los rasgos límites con los estilos de apego ambivalente y desorganizado, siendo este último en el que se encuentra una mayor diferencia entre los grupos. Sin embargo, aunque en menor medida, también se asocia con el estilo evitativo-devaluante, no planteado en las hipótesis del estudio. Estos resultados son coherentes con las evidencias encontradas en la literatura previa, siendo numerosos los estudios que han encontrado una asociación entre el apego ambivalente y el T.L.P. (Agrawal et al., 2004; Levy, 2005; Choi-Kain, L.W. et al, 2009; Meyer & Pilkonis, 2005), que explica la hiperactivación del sistema de apego ante

distress emocional e hipervigilancia ante la posibilidad de abandono o rechazo características hegemónicas del T.L.P. (Shaver & Mikulincer, 2007). Sin embargo, también la investigación apoya la asociación con el apego desorganizado (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009; Fonagy et al., 1996; Gunderson y Lyons-Ruth, 2008; Main et al., 2002), que se hace se presente en la simultaneidad de conductas claramente evitativas y otras claramente dirigidas a buscar el contacto, característica del funcionamiento interpersonal de las personas con T.L.P. La mayor diferencia entre los grupos en apego desorganizado avala la teoría de Liotti (2001) sobre la etiopatogenia del trastorno límite de personalidad, identificando su origen en un patrón de comportamiento inconsistente de la figura de apego, que es fuente de seguridad y de amenaza alternativamente dificultando alcanzar un estado de autorregulación emocional estable. Además, este hallazgo es congruente con la elevada prevalencia de experiencias traumáticas en la infancia encontrada en personas con trastorno límite de personalidad (Hesse, 2016; Ibrahim et al., 2017; Infurna et al., 2016; Martin-Blanco et al. 2014; Mirza et al., 2016), también constatada en este estudio en comparación con población sin psicopatología y cuya asociación con el estilo desorganizado ha sido claramente demostrada (Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn, 2009).

Incluso, aunque la asociación es menos consistente y no ha sido hallada en algunos estudios, también en la literatura se encuentran estudios en los que se asocia con el T.L.P. con el apego evitativo (Levy, et al., 2005; Meyer et al., 2004).

Estos resultados en conjunto, son coherentes con las evidencias encontradas en la literatura previa, no habiéndose asociado el T.L.P. con un único estilo de vinculación (Agrawal et al., 2004; Levy et al., 2011). El hecho de que se encuentren diferencias significativas en los tres estilos de apego inseguro, es compatible con la hipótesis planteada en el meta análisis realizado por Bakermans-Kranenburg y van Ijzendoorn

(2009) sobre que la asociación del T.L.P. con un estilo de vinculación en función de la comorbilidad con otros trastornos del Eje I, así como teorías como la de la Disociación Estructural que defienden que el T.L.P. no se asocia con ningún estilo de apego inseguro específico.

En cuanto a la variable dificultades en regulación emocional, los resultados demuestran, tal y como se esperaba, que las personas con predominio de rasgos y/o sintomatología de tipo límite presentan mayores dificultades de regulación emocional en general, de forma consistente con la literatura previa (Van Barnow et al., 2010; Cheavens et al., 2012; Ghiasi et al., 2016; Rheenen et al., 2015). En cuanto a los procesos específicos de regulación emocional, los resultados confirman la presencia de dificultades en todos los procesos implicados, a excepción de la dimensión *Atención-desatención*, en la que no se encuentran diferencias significativas entre los grupos. En la mayor parte de los estudios revisados, se han detectado dificultades en todos los procesos de regulación emocional en personas con T.L.P. (Beblo et al., 2013; Dixon-Gordon et al., 2015; Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz y Lejuez, 2013; Kuo y Linehan, 2009). Por lo tanto, el hallazgo de un funcionamiento similar a personas en las que no presentan un predominio de rasgos límites de personalidad en atención emocional no sólo no confirma la hipótesis planteada, sino que contrasta con los resultados de estudios previos. Además, si se considera que ese proceso se refiere a la conciencia emocional, tal y como indican los autores de la escala (Gratz y Roemer, 2004), es especialmente llamativo, al tener en cuenta que algunos autores (Cole, Llera y Pemberton, 2009; D'Agostino et al., 2017; Levine, Marziali y Hood, 1997; Linehan, 1993) han identificado a este como el proceso de regulación emocional más alterado en personas con T.L.P. Son varias las posibles explicaciones de esta discrepancia con la

literatura previa y con el resto de procesos de regulación emocional, puede deberse a cuestiones relativas a la metodología de evaluación empleada en este estudio, o también puede tener que ver con que la conciencia emocional se trate de un proceso distinto al resto. Con respecto a la primera hipótesis relacionada con el tipo de metodología de evaluación utilizada en el estudio, al tratarse de autoinformes la conciencia emocional es un proceso difícil de valorar, puesto que la persona responde en función de su propia percepción subjetiva sobre su funcionamiento emocional, es decir, se trata de un proceso metacognitivo (es necesario un mínimo nivel de conciencia emocional para poder informar incluso de que no sé como me siento). En conclusión, los autoinformes no parecen la forma más adecuada de valorar este proceso de forma específica, al no utilizar otros referentes externos que puedan detectar la discrepancia entre la percepción subjetiva de las emociones y por ejemplo un correlato fisiológico o la percepción de otra persona. Sin embargo, al mismo tiempo es inevitable que la conciencia emocional influya en cómo la persona responde a un cuestionario sobre regulación emocional y de esta manera que esta habilidad se refleje en los indicadores del resto de procesos de regulación emocional. Otra posible explicación tiene que ver con el instrumento de medida concreto, puesto que los propios autores de la adaptación al castellano de la escala D.E.R.S. (Hervás y Jódar, 2008), detectaron que la subescala Atención-Desatención mostraba correlaciones más bajas con el resto de subescalas, así como con la escala global, justificándolo recurriendo a que la atención hacia las emociones puede ser funcional o disfuncional dependiendo de la capacidad regulatoria del individuo, tal y como se ha demostrado (Lischetzke y Eid, 2003). Por otro lado, al observar los ítems de la escala D.E.R.S., tanto de los procesos Atención-Desatención como Claridad-Confusión, se observa una diferencia con respecto al resto de los procesos tratándose en estos casos de afirmaciones más generales (Ej. “Estoy atento a mis sentimientos”), en

comparación con el resto que parecen más específicas o situacionales (Ej. “Cuando me siento mal, tengo dificultades para sacar el trabajo adelante”, lo que podría facilitar una respuesta más ambigua.

A pesar de estas cuestiones metodológicas, también existen argumentos a favor de que la conciencia emocional se trata de un proceso cualitativamente distinto de la regulación emocional propiamente dicha (John y Eng, 2014). Incluso, se ha planteado que la conciencia emocional es un antecedente importante que facilita o dificulta la regulación emocional, pero que no es necesaria para esta (Gauss y Tamir, 2014; Leary y Gohar, 2014).

Un concepto relacionado que ha sido polémico es el de alexitimia, definida como la dificultad para identificar y describir emociones (Bagby et al., 2006), que incluye las dos dimensiones de la escala D.E.R.S. Claridad emocional y Atención emocional (Derks, Westerhof y Bohlmeijer, 2017). En cuanto a su asociación con el T.L.P., en una revisión sistemática realizada por Loas et al., (2012), se concluyó que los resultados eran contradictorios. En definitiva, los resultados del presente estudios sobre dificultades de regulación emocional en personas con T.L.P. en general se ajustan a la literatura previa, puesto que parece que el concepto de atención o conciencia emocional parece ser controvertido.

5.2. RELACIONES ENTRE RASGOS LÍMITES, REGULACIÓN EMOCIONAL Y ESTILO DE VINCULACIÓN

Segundo, se evaluó la relación entre el estilo de apego, los rasgos límites y las dificultades de regulación emocional.

Los resultados de las correlaciones entre el estilo de apego y la sintomatología límite, indican una relación entre la mayor presencia o gravedad de los síntomas límites y la inseguridad en el estilo de apego, en mayor medida de tipo desorganizado, pero también al evitativo-devaluante, siendo menor la asociación con el subtipo ambivalente-preocupado. Estos resultados son consistentes con los expuestos previamente, así como, con los de estudios previos (Agrawal et al., 2004; Barone et al. 2011; Barone, 2003; Barone et al, 2000; Diamond et al., 2003; Fonagy et al, 1996; Levy et al., 2006; Lyons-Ruth et al, 2007; Patrick et al, 1994; Rosenstein y Horowitz, 1996; Stalker y Davies, 1995; Stovall-McClough y Cloitre, 2003; van IJzendoorn et al., 1997).

Al analizar estas relaciones atendiendo a las áreas específicas de sintomatología límite, los resultados van en la misma línea a excepción de los síntomas cognitivos. Es decir, que las personas con T.L.P., en concreto con más sintomatología afectiva, conductas impulsivas y alteración de las relaciones interpersonales (y no tanto la sintomatología cognitiva), se asocian a un estilo de apego inseguro, en mayor medida de tipo desorganizado pero también al evitativo-devaluante. La relación entre la sintomatología afectiva y la dimensión traumatismo infantil es la más elevada, lo que indica una fuerte asociación entre presentar sentimientos de desesperanza, vacío, tendencia a la inestabilidad emocional, irritabilidad y ansiedad, con una mayor probabilidad de tener recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad, violencia y amenazas por

parte de las figuras de apego durante la infancia, es decir, apego desorganizado. No habiéndose encontrado esta asociación en estudios previos.

La baja asociación de la sintomatología cognitiva con las dimensiones del apego, podría orientar hacia la existencia de otros factores predisponentes para el desarrollo de este tipo de sintomatología. Este funcionamiento diferente de los síntomas cognitivos, como las alucinaciones, interpretaciones paranoides o episodios disociativos, no apoya la idea de que el apego desorganizado se asocia con un subtipo concreto de T.L.P. con mayor presencia de sintomatología disociativa, tal y como plantean autores como Mosquera y Gonzalez, (2011), pero consistentemente con estudios recientes (Smits et al., 2017). Sin embargo, este resultado podría explicarse debido a que no se trata de síntomas patognomónicos del T.L.P. (Richetin, Preti, Costantini y De Panfilis, 2017) y cuya frecuencia es significativamente inferior al resto de las áreas sintomáticas (Séller y DeVlyder, 2017), de hecho, en la muestra utilizada en el presente estudio, un escaso número de personas relataron este tipo de síntomas. Por lo tanto, las conclusiones sobre este aspecto deben realizarse con cautela.

De los resultados previos puede extraerse que las personas con T.L.P. con diferentes estilos de vinculación presentan perfiles sintomatológicos diferentes. Cuando el apego es desorganizado se trata del cuadro más grave asociado a un peor funcionamiento, sobre todo en el área afectiva, pero también en el de las relaciones interpersonales y conductas impulsivas. En los casos de apego ambivalente, se trata de sintomatología más leve con predominio del área afectiva, con menor frecuencia de conductas autolesivas y problemas interpersonales. Hasta el momento, estos hallazgos son congruentes con los subtipos descritos por Smits et al. (2017), siendo también en este estudio el apego desorganizado el más frecuente en personas con T.L.P. Sin embargo, en el caso del apego evitativo, en el trabajo de Smits et al. (2017) se identifica con el

subtipo con mejor calidad de vida y mayor autocontrol, mientras que en el presente estudio se asocia de forma significativa con sintomatología, afectiva, conductas impulsivas y problemas interpersonales.

Los resultados del análisis de las relaciones entre rasgos y conductas límites y las dificultades de regulación emocional, indican una asociación directa y significativa, es decir, a mayor severidad de la sintomatología límite mayores dificultades de regulación emocional. Al analizar las relaciones entre las áreas concretas de sintomatología límite y los procesos implicados en la regulación emocional, los resultados revelan que los problemas relativos al ámbito interpersonal, (como la intolerancia a la soledad, miedo al abandono, la inestabilidad en las relaciones íntimas etc.), es el área de sintomatología límite que parece verse más asociada a las dificultades de regulación emocional, en concreto mediante los procesos de funcionamiento-interferencia y regulación-descontrol. Y la tarea de regulación emocional que parece verse más afectada en el resto de las áreas de sintomatología es la de Regulación-Descontrol, indicando que las personas con T.L.P. presentan una excesiva intensidad emocional y sensación de persistencia de los estados emocionales negativos. La sensación de desbordamiento emocional se incrementa al incrementar la sintomatología afectiva, las conductas impulsivas y los problemas interpersonales, y viceversa. De nuevo, los procesos de Atención-Desatención y el área de sintomatología cognitiva, son los que presentan menor relación con el resto de las dimensiones, lo que puede deberse a factores ya explicados con anterioridad. Estos resultados son coherentes con los hallazgos previos de la investigación, que demuestran que las personas con trastorno límite de personalidad presentan bajos niveles de aceptación emocional (Gratz et al., 2006; Schramm et al., 2013), falta de claridad emocional (Levine, et al. 1997; Gratz et

al., 2006), intensificación de la reactividad emocional negativa (Levine et al., 1997; Russell, et al., 2007; Reich et al., 2008), elevada intensidad emocional (Henry et al., 2001; Koenigsberg et al., 2002 ;Yen et al., 2002) y lenta recuperación de la línea base (Reisch et al., 2008). Como se expresó previamente, apoyan la teoría propuesta por Linehan (1993), de la vulnerabilidad emocional en las personas con trastorno límite de personalidad, entendido como la tendencia a responder a los estímulos ambientales con una elevada sensibilidad (rápidamente), una elevada reactividad (reacción de gran magnitud) y una recuperación retardada (vuelven a la línea base afectiva tras un periodo de tiempo muy amplio). Lo que, en definitiva, se traduce en un miedo a las emociones que explica la recurrencia a estrategias de regulación evitativas (Gratz, Rosenthal, Tull, Legues y Gunderson, 2006). El hecho de que sean los procesos de funcionamiento-interferencia y regulación-descontrol los que presentan las asociaciones más fuertes con la sintomatología límite, podría explicarse entendiendo que existe una interrelación entre los procesos del modelo de regulación emocional, y por lo tanto, el fracaso o las dificultades en el resto de los procesos, es decir, la desatención, confusión y rechazo emocional, facilitarían una mayor interferencia en las conductas dirigidas a meta y la sensación de descontrol emocional incrementando considerablemente las exigencias de los procesos regulatorios como tal. Esto puede comprobarse en las elevadas correlaciones que presentan los diferentes procesos de regulación emocional entre sí, así como en que las correlaciones obtenidas también con las dimensiones del apego, en las que, como en este caso se trata de los procesos con correlaciones más elevadas. Esto es congruente con la diferenciación de John y Eng (2014) entre procesos meta-afectivos y procesos regulatorios anteriormente descrita.

Los resultados al analizar las relaciones entre el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional, indican una asociación de la inseguridad en el apego, tanto a nivel general como de forma específica, con dificultades en todos los procesos de regulación emocional. Es decir, a menor seguridad en el apego, mayor incapacidad para nombrar con claridad las emociones, mayor tendencia a juzgar de forma negativa la propia experiencia emocional y como consecuencia presentar reacciones de vergüenza o malestar, mayor interferencia del manejo emocional en la funcionalidad y mayor es la sensación de desbordamiento debido a la intensidad emocional y sensación de persistencia de los estados emocionales negativos, y a la inversa. Estos hallazgos apoyan a la literatura previa en el tema (Berant, 2008; Moutsiana et al., 2014; Vrtička et al., 2012).

Tal y como ha ocurrido al analizar otras relaciones, la tarea de regulación emocional Atención-Desatención no correlaciona de forma significativa con ninguna de las dimensiones del apego. Esto puede ser debido a los factores ya explicados.

Al analizar las dificultades de regulación emocional de los diferentes subtipos de apego, se encontró que el subtipo de apego desorganizado es el que presenta dificultades en todas las tareas de regulación emocional (a excepción de Atención-Desatención), es decir, se asocia a una mayor tendencia a juzgar de forma negativa su propia experiencia emocional, mayor sensación de desbordamiento emocional, y sobretodo una mayor interferencia de las emociones en las conductas dirigidas a objetivos, lo que suponen una mayor alteración de la funcionalidad. Sin embargo, los estilos ambivalente y evitativo también se asocian a dificultades de regulación emocional del tipo Funcionamiento-Interferencia y Regulación-Descontrol.

Los resultados indican que el estilo ambivalente presenta mayor rechazo de las emociones que el estilo evitativo. La asociación entre el rechazo emocional y el apego

ansioso ha sido encontrada en estudios previos también (Kerr et al., 2003), sin embargo, se trata de una de las características del apego evitativo ampliamente respaldada por la literatura (Goodall, 2015; Kerr et al., 2003). Se encontró asociación entre el estilo evitativo y una menor conciencia emocional (a pesar de que no se trata de una correlación significativa, se trata de la correlación más elevada del proceso Atención-Desatención), así como una mayor confusión emocional. Ambos hallazgos son congruentes con la literatura previa (Barbasio y Granieri, 2013; Hesse y Floyd, 2011; Keating et al., 2013; Kim, 2005; Monti y Rudolph, 2014).

También se encontró asociación entre los tres estilos de apego inseguro y la interferencia de las emociones en las conductas dirigidas a meta y la sensación de desbordamiento emocional o persistencia de las emociones. En la literatura previa se asocia la percepción de elevada intensidad emocional sobre todo al estilo ambivalente (Gratz et al., 2015; Kerr et al., 2003; Wei et al., 2007 y 2005), aunque también se asocia a la inseguridad en el apego en general (Mikulincer y Shacer, 2016).

En conjunto, estos resultados apoyan la idea de que las relaciones de apego son el primer contexto en el que aprendemos a regular nuestros afectos (Botella y Corbella, 2005; Fonagy, 1999; Schore, 2001). Así como el supuesto de que en función del estilo de vínculo que se desarrolle y de la eficacia de la regulación emocional en la primera infancia, esto tendrá consecuencias en la expresión, modulación y flexibilidad en la regulación de las emociones posteriormente (Mikulincer et al., 2003; Sroufe, 2000).

5.3. MODELO EXPLICATIVO DE LOS RASGOS LÍMITES DE PERSONALIDAD

Tercero, se pretendió evaluar un modelo explicativo de los rasgos límites de personalidad, en función del estilo de apego y las dificultades de regulación emocional como factor mediador.

Los resultados indican que la inseguridad en el apego en general, y en concreto el subtipo de apego ambivalente, explican la sintomatología característica del T.L.P. en todas las áreas sintomatológicas (afectiva, cognitiva, relaciones interpersonales y conductas impulsivas) mediante el efecto mediador de las dificultades de regulación emocional de tipo Funcionamiento-Interferencia y Regulación-Descontrol. El apego desorganizado explica la sintomatología característica del T.L.P. en las áreas afectiva y relaciones interpersonales de forma directa, sin mediación de dificultades de regulación emocional.

Como puede observarse el apego evitativo no está incluido en los modelos explicativos, puesto que es una variable cuyo efecto desaparece al incluir el resto. Este hallazgo es probable que se deba a las elevadas correlaciones entre los propios estilos de apego. Lo que indica finalmente, es que si seguimos el modelo de Bartholomew y Horowitz (1991), la dimensión que más se asocia al T.L.P. es el bajo autoconcepto, que es común entre el estilo de apego ambivalente y el desorganizado, versus el evitativo.

De nuevo, los procesos de regulación emocional funcionamiento-interferencia y regulación-descontrol son los destacan como factores mediadores, apoyando la idea previamente planteada de que el modelo de regulación emocional utilizado (Hervás y Jodar,2008), tiene matices secuenciales y por lo tanto el fracaso o las dificultades en el

resto de los procesos, conducen a una mayor interferencia en las conductas dirigidas a meta y la sensación de descontrol emocional.

En su conjunto, estos resultados indican que la inseguridad en el apego requiere de la mediación de las dificultades de regulación emocional para explicar la sintomatología límite de personalidad. De forma consistente con la literatura previa (Bateman y Fonagy, 2005; Kim et al., 2014; Fossati et al., 2015; Scott et al., 2013), estos resultados enfatizan la relevancia de los factores vinculares en el desarrollo de las dificultades de regulación emocional y estas en el desarrollo del T.L.P. Así como la necesidad de recurrir a buscar factores mediadores entre las dimensiones del apego y la psicopatología (Bateman y Fonagy, 2005; Carvalho et al., 2014; Kim et al., 2014; Fossati et al., 2015; Scott et al., 2013). Únicamente es el caso del subtipo apego desorganizado que explica por si mismo la sintomatología límite, que se asocia a recuerdos de haber experimentado falta de disponibilidad y violencia por parte de las figuras de apego. Esta relación directa apoya la hipótesis de la relevancia de las experiencias traumáticas en el contexto de la relación de apego alterada como génesis del T.L.P. (Bateman y Fonagy, 2005). Sin embargo, este efecto directo del apego desorganizado en T.L.P. no ha sido hallado en los estudios previos en los que se estudiaba la mediación de la regulación emocional (Carvalho et al., 2014; Fossati et al., 2016; Hiraoka et al., 2016; Kuo et al., 2015). Dicho hallazgo podría ser el responsable del peor pronóstico y respuesta al tratamiento encontrada en la practica clínica, realizando intervenciones dirigidas a mejorar las habilidades de regulación emocional (Digre, Reece, Jonson y Thomas, 2009; Smits et al., 2017). Resulta interesante que esta relación directa tenga lugar en los casos de la sintomatología afectiva e interpersonal, coincidiendo con las áreas sintomatológicas identificadas en estudios previos como

centrales para el T.L.P. (Richetin et al., 2017), así como, que cuando se han intentado identificar subtipos diferentes de T.L.P., sea el subtipo que se considera más puro y con menos rasgos de otros trastornos de personalidad el que se asocie con el apego desorganizado (Smits et al., 2017).

5.4. CONCLUSIONES

En el presente estudio se confirma la asociación entre el T.L.P. y la inseguridad en el apego, ampliamente apoyada por la literatura previa, así como, la imposibilidad de asociarlo a un único estilo de vinculación. Sin embargo, los resultados también han supuesto aportaciones significativas para el tema estudiado, entre ellas se encuentran los siguientes hallazgos;

- Un perfil diferencial de sintomatología límite significativamente más grave en casos de apego desorganizado, sobre todo en el caso de la sintomatología afectiva. Así como, la mayor severidad de las dificultades de regulación emocional asociadas a este estilo de apego.
- La importancia del papel mediador de las dificultades de regulación emocional entre el estilo de apego y el desarrollo de sintomatología límite en el caso del apego ansioso-ambivalente.
- El efecto directo del apego desorganizado en el desarrollo de la sintomatología de límite.
- La asociación de las dificultades de regulación emocional y las relaciones interpersonales.

5.5. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

A partir de los resultados del presente estudio se deducen importantes implicaciones a tener en cuenta para la intervención psicoterapéutica en personas con T.L.P. En la actualidad, el tratamiento psicoterapéutico del T.L.P. todavía supone un innegable reto para los profesionales de la Salud Mental. En la última revisión de la Cochrane sobre la eficacia de los distintos tratamientos psicoterapéuticos disponibles en T.L.P. (Stoffers et al., 2012), se concluyó que la Terapia Dialectico Conductual (T.D.C.) de Linehan (1993), en primer lugar y la Terapia Basada en la Mentalización (T.B.M.) en segundo lugar, eran los que mostraron mayores evidencias de eficacia. En un metaanálisis más reciente (Cristea et al., 2017) se indica la eficacia de la T.D.C. y las terapias de enfoque psicodinámico.

Los resultados del presente estudio demuestran la importancia del estilo de vinculación en el desarrollo del T.L.P., siendo este un aspecto que se convertirá en central para el tratamiento. Es decir, independientemente de la orientación terapéutica, el estilo de vinculación del paciente es una variable fundamental para el proceso y el resultado del tratamiento, debido a su importancia en la construcción de la alianza terapéutica (Lilliengren et al., 2014; McBride, Atkinson, Quilty y Bagby, 2006), para lo que es necesario tener en cuenta el ajuste con el estilo de vinculación del terapeuta (Barber, Connolly, Crits-Christoph, P., Gladis y Siqueland, 2000; Bernecker, Levy y Ellison, 2014; Bowlby, 1988; Lambert et al., 1991; Levy, et al., 2011; Losa et al., 2012; Mikulincer y Shaver, 2007; Mikulincer, Shaver y Berant, 2013; Reiner et al., 2016). Los estudios sobre el tema indican que las personas con apego seguro tienden a obtener mejores resultados en psicoterapia, frente al apego inseguro que se asocia con peor valoración de la alianza (Barber et al., 2000; Bernecker, Levy y Ellison, 2013; Bowlby,

1988; Castonguay y Beutler, 2006; Conradi et al., 2011; Diener y Monroe, 2011; Eames y Roth, 2000; Hietanem y Punamäki, 2006; Levy et al., 2011; Mikulincer y Shaver, 2007; Piero et al., 2012; Taylor et al., 2015; Reiner et al., 2016; Sauer et al., 2010; Westen et al., 2007). Por este motivo, la construcción de la alianza terapéutica en la terapia con personas con T.L.P. es el principal desafío.

Además, el estilo de vinculación también es susceptible de cambios en un contexto terapéutico, debido a que se ha desarrollado a partir de experiencias relacionales y, por lo tanto, puede modificarse en esta relación interpersonal concreta (Brown, Smith y Assaker, 2016; Muller y Rosenkranz, 2009; Parnell y Siegel, 2015). Para ello, es necesario que suponga un cambio respecto a la experiencia interpersonal significativa previa de la persona y que se fomente la función reflexiva (Buchheim et al., 2012; Fonagy y Allison, 2014; Gullestad, Johansen, Høglend, Karterud y Wilberg, 2013; Levy et al., 2006). En los últimos 20 años, tanto clínicos como investigadores han desarrollado numerosos programas terapéuticos dirigidos a la intervención en patología del vínculo (Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn y Juffer, 2003; Berlin, Zeanah y Lieberman, 2008; Egeland, Weinfield, Bosquet y Cheng, 2000). Aún habiendo demostrado eficacia en algunos casos (Bernard et al., 2012; Cassidy, Woodhouse, Sherman, Stupica y Lejuez, 2011; Cicchetti, Rogosch y Toth, 2006; Hoffman, Marvin, Cooper y Powell, 2006; Klein, Bakermans-Kranenburg, Juffer y Van Ijzendoorn, 2006; Lyons-Ruth y Easterbrooks, 2006; Sadler et al., 2013), es necesaria más investigación para poder entender los mecanismos subyacentes a este cambio. El paciente plantea la relación terapéutica a partir de sus modelos operativos internos que le sitúa en un escenario relacional previsible y menos ansiógeno, es tarea del terapeuta encontrar el punto de equilibrio que permita la relación pero que al mismo tiempo promueva el

cambio. Evaluar el estilo de apego permite comprender la dinámica relacional del paciente, sus expectativas y estilo atribucional en las relaciones interpersonales, facilitando el establecimiento de la alianza terapéutica (Bernecker et al., 2014; Lossa, Corbella y Botella, 2012). Los resultados del presente estudio demuestran la variabilidad en términos de apego presentada por las personas con rasgos límites o T.L.P., por lo que parece conveniente valorar esta diversidad dado el importante peso del estilo de vinculación en la eficacia terapéutica. En este sentido, aunque es necesaria más investigación sobre el tema, la teoría del apego ofrece una aproximación muy prometedora para los clínicos.

Por otro lado, en este estudio se demuestra la importancia de las dificultades de regulación emocional como mediadoras del estilo de vinculación en el desarrollo del T.L.P., por lo que se apoyan las premisas de la T.D.C. en el tratamiento del T.L.P. Este hallazgo resulta interesante puesto que amplía las posibilidades de intervención, es decir, mediante la mejora de las habilidades de regulación emocional se puede prevenir o reducir la severidad de la sintomatología característica del T.L.P., amortiguando su efecto (Kim et al., 2014). Además, se trata de dificultades en tareas específicas de regulación emocional, no en todos los procesos; las asociadas al rechazo emocional, la interferencia en tareas dirigidas a metas y la sensación de desbordamiento. Estos hallazgos apoyan las intervenciones dirigidas de forma explícita a entrenar las habilidades de regulación emocional, como el módulo de regulación emocional de la Terapia Dialectico Conductual (T.D.C.) de Linehan (1993), la Terapia de Regulación Emocional (E.R.T., siglas en inglés, Mennin y Fresco, 2014) y tratamientos basados en el mindfulness (Farb, Anderson, Irving, & Segal, 2014) y el Entrenamiento en Regulación Afectiva (A.R.T., siglas en inglés, Berking y Schwarz, 2014).

Resulta especialmente interesante el perfil diferencial de funcionamiento de la disregulación emocional encontrado en función del estilo de vinculación, que hace plantearse la conveniencia de que las indicaciones terapéuticas sean diferentes en función del estilo de vinculación. Es decir, las personas con T.L.P. con un estilo de vinculación ansioso-ambivalente a priori parece que puedan beneficiarse más de intervenciones dirigidas a fomentar las habilidades de regulación emocional, que aquellas que presentan un estilo desorganizado, que probablemente estaría más indicada una intervención centrada en la patología del vínculo. Según los resultados, la mejora de las habilidades de regulación emocional en el caso del apego ansioso-ambivalente, se traducirá en una mejora de las relaciones interpersonales, aspecto que ha de ser confirmado por futuras investigaciones.

En definitiva, el presente estudio aporta mayor conocimiento sobre el T.L.P. con implicaciones para la intervención en una patología asociada a conductas de elevado riesgo para la salud, mortalidad y un elevado grado de comorbilidad, y cuyo tratamiento supone todavía actualmente un reto para los profesionales de la Salud Mental. Pero sobretodo, plantea hipótesis que deberán ser contrastadas por futuras investigaciones.

5.6. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

El presente estudio presenta varias limitaciones. La primera de las limitaciones es la forma de selección de la muestra, al tratarse de un muestreo de conveniencia no seleccionado de forma aleatoria podría incluirse sesgos que no estén controlados en el estudio. En el caso de la muestra del grupo control, podrían existir sesgos debido a que a pesar de haber sido seleccionada de forma equivalente en sexo y edad, fue seleccionada por su voluntariedad a participar en el estudio, procede exclusivamente de un entorno urbano y se han encontrado diferencias significativas entre los grupos en el nivel educativo y situación ocupacional. Por lo tanto, es necesario que los resultados sean replicados.

Además, se trata de un diseño transversal y correlacional, por lo que no pueden realizarse conclusiones de causalidad.

En el presente estudio, en un intento de utilizar una perspectiva amplia y global, se han incluido un gran número de variables sociodemográficas y clínicas, siendo necesario analizar algunas de ellas únicamente a un nivel descriptivo y no de forma exhaustiva, como por ejemplo, la vivencia de experiencias traumáticas, el momento evolutivo en el que aparecían, la comorbilidad, la edad de aparición de la sintomatología...etc.

Otra limitación viene dada por la utilización exclusiva de autoinformes como instrumentos de medida, por lo que la mayor parte de la información obtenida se fundamenta tanto en la percepción subjetiva de la persona, como la conciencia sobre sus propios procesos psicológicos, así como posibles sesgos de memoria al evaluar de

forma retrospectiva. La utilización de un único método de evaluación puede incrementar las asociaciones encontradas entre las variables. De forma específica, aunque el modelo de regulación emocional utilizado en este estudio es multidimensional, no es exhaustivo y sería interesante evaluar otros aspectos relacionados como son las estrategias de regulación emocional utilizadas generalmente. También, como se ha mencionado previamente, sería interesante incluir en el estudio correlatos fisiológicos que puedan dar una información más fiable sobre el proceso de conciencia emocional.

5.7. FUTURAS INVESTIGACIONES

Es necesario realizar más estudios sobre el tema que permitan replicar o desechar conocimientos sobre un tema tan complejo como el planteado, y en el que existen todavía muchas lagunas. Teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, para futuras investigaciones parece aconsejable la utilización de múltiples métodos de evaluación de las variables incluidas, asegurándose la diversidad de fuentes de información; autoinformes, otros informadores, correlatos fisiológicos...etc.

Los resultados del presente estudio plantean preguntas nuevas que podrían ser interesantes para futuras investigaciones, como; a qué se debe la menor relación con el estilo de apego y las dificultades de regulación emocional de la sintomatología cognitiva, o por qué en el caso del apego desorganizado las dificultades de regulación emocional no parecen tener un papel mediador en el desarrollo de la sintomatología límite a diferencia de otros subtipos de apego.

A pesar de las aportaciones hechas, es necesario investigar si de la heterogeneidad del diagnóstico del T.L.P. pueden diferenciarse subtipos, que se asocien a patrones concretos de vinculación, estrategias de regulación emocional u otras variables, que nos permitan mejorar las intervenciones psicoterapéuticas. Investigaciones que evalúen las trayectorias terapéuticas de cada grupo como las que se encuentran en curso de autores como Laurensen et al. (2009).

Un interesante objeto de estudio para futuras investigaciones puede ser el efecto de programas específicos de regulación emocional en la reducción de la sintomatología del T.L.P., comparándoles además con otro tipo de intervenciones centradas en aspectos

relacionales. Incluso, valorar si existe un perfil diferencial en cuanto a los beneficios obtenidos con estos tipos de terapia en función del estilo de apego, es decir, si se benefician más de las intervenciones centradas en la regulación emocional las personas con un estilo de apego ansioso-ambivalente, que aquellos con un estilo desorganizado que se puedan beneficiarse más de terapias de corte interpersonal. También, sería interesante evaluar si es eficaz y conveniente realizar intervenciones de carácter preventivo, es decir, estudiar los si se pueden beneficiar de este tipo de programas personas en situación de alto riesgo o mayor vulnerabilidad de desarrollar esta patología (apego inseguro y dificultades de regulación emocional que afecten a la funcionalidad), en estadios evolutivos como la adolescencia en el que la personalidad se está todavía formando, puesto que como se ha demostrado la relación entre inseguridad en el apego es bidireccional.

Entre las aportaciones de este estudio, que podría ser de utilidad para posteriores estudios, se encuentra la inclusión de la sintomatología límite, no como un todo sino que parcelada, aspecto que aporta una mayor comprensión de un tema complejo, así como una visión más amplia de la diversidad clínica que supone el T.L.P. Esta forma de abordar el tema ha sido innovadora, no existiendo estudios previos sobre las variables estudiadas que hayan utilizado este enfoque.

También, el hecho de utilizar un modelo de evaluación de la regulación emocional que ofrece información de los diferentes subprocesos, ha sido positivo puesto que aporta mayor información que aquellos que sólo incluyen índices globales.

Otro aspecto que ha resultado útil ha sido la utilización de una escala diagnóstica que corrobore los diagnósticos previos realizados por profesionales cualificados, así como, que esta se ajuste a los criterios del D.S.M. Esto facilita la mayor fiabilidad del

diagnóstico en un cuadro clínico, que tal y como se ha expuesto previamente, plantea dificultades.

VI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abela, J. R., Payne, A. V., & Moussaly, N. (2003). Cognitive vulnerability to depression in individuals with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders, 17*(4), 319-329.
- Ablow, J. C., Marks, A. K., Feldman, S., & Huffman, L. C. (2013). Associations between first-time expectant women's representations of attachment and their physiological reactivity to infant cry. *Child Development, 84*, 1373–1391.
- Adam, K. S., Sheldon-Keller, A. E., & West, M. (1996). Attachment organization and history of suicidal behaviour in clinical adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 64*, 264–272.
- Adshead, G., & Sarkar, J. (2012). The nature of personality disorder. *Advances in psychiatric treatment, 18*(3), 162-172.
- Agrawal, H. R., Gunderson, J., Holmes, B. M., & Lyons-Ruth, K. (2004). Attachment Studies with Borderline Patients: A Review. *Harvard Review of Psychiatry, 12*(2), 94–104. <http://doi.org/10.1080/10673220490447218>
- Ainsworth, M. D. (1985). Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development. *Bulletin of the New York Academy of Medicine, 61*(9), 771–791.
- Ainsworth, M., Blehar, M., Waters, E., & Wall, S. 1978. *Patterns of Attachment*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Akiskal, H. S., Djenderedjian, A. H., Rosenthal, R. H., & Khani, M. K. (1977). Cyclothymic disorder: validating criteria for inclusion in the bipolar affective group. *The American journal of psychiatry*.

- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: A closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 17*(3), 261–277. doi:10.1016/j. brat.2010.06.002
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review, 30*(2), 217-237.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Kuperminc, G. P., & Jodl, K. M. (2004). Stability and change in attachment security across adolescence. *Child Development, 75*, 1792–1805.
- Allen, J. P., McElhaney, K. B., Land, D. J., Kuperminc, G. P., Moore, C. W., O'Beirne-Kelly, H., & Kilmer, S. L. (2003). A secure base in adolescence: Markers of attachment security in the mother–adolescent relationship. *Child development, 74*(1), 292-307.
- Allen, J. P., Marsh, P., McFarland, C., McElhaney, K. B., Land, D. J., Jodl, K. M., & Peck, S. (2002). Attachment and autonomy as predictors of the development of social skills and delinquency during midadolescence. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(1), 56.
- Allen, J. P., Porter, M., McFarland, C., McElhaney, K. B., & Marsh, P. (2007). The relation of attachment security to adolescents' paternal and peer relationships, depression, and externalizing behavior. *Child development, 78*(4), 1222-1239.
- Alvarez-Tomás, I., Soler, J., Bados, A., Martín-Blanco, A., Elices, M., Carmona, C., ... & Pascual, J. C. (2017). Long-term course of borderline personality disorder: a prospective 10-year follow-up study. *Journal of personality disorders, 31*(5), 590-605.

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual, 3rd edn (DSM-III)*. American Psychiatric Association, Washington.
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed;text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4rd ed; text rev.)*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- American Psychiatric Association Practice Guidelines. Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10) (suppl):1-52.
- American Psychological Association (2010) The road to resilience. Available at: <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>. [aRK]
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing
- Andrés, M. L., Castañeiras, C. E., & Richaud de Minzi, M. C. (2014). Contribución de las estrategias cognitivas de regulación emocional en ansiedad, depresión y bienestar en niños de 10 años. Resultados prelimi-nares. *Psiencia. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 6(2).
- Anestis, M. D., Anestis, J. C., Selby, E. A., & Joiner, T. E. (2009). Anger rumination across forms of aggression. *Personality and Individual Differences*, 46(2), 192-196.
- Baer, R. A., & Sauer, S. E. (2011). Relationships between depressive rumination, anger rumination, and borderline personality features. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 2(2), 142.

- Bagby, R. M., Parker, J. D., & Taylor, G. J. (1994). The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of psychosomatic research, 38*(1), 23-32.
- Bagby, R. M., Taylor, G. J., Parker, J. D., & Dickens, S. E. (2006). The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychotherapy and Psychosomatics, 75*(1), 25-39.
- Bailey, H. N., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Childhood maltreatment, complex trauma symptoms, and unresolved attachment in an at-risk sample of adolescent mothers. *Attachment & Human Development, 9*(2), 139-161.
- Baker, R., Holloway, J., Thomas, P. W., Thomas, S., & Owens, M. (2004). Emotional processing and panic. *Behaviour research and therapy, 42*(11), 1271-1287.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., & van IJzendoorn, M. H. (2009). The first 10,000 Adult Attachment Interviews: Distributions of adult attachment representations in clinical and non-clinical groups. *Attachment & human development, 11*(3), 223-263.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological bulletin, 129*(2), 195.
- Ball, J. S., & Links, P. S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current psychiatry reports, 11*(1), 63-68.
- Balluerka, N., Lacasa, F., Gorostiaga, A., Muela, A., & Pierrehumbert, B. (2011). Versión reducida del cuestionario CaMir (CaMir-R) para la evaluación del apego. *Psicothema, 23*(3).

- Barbasio, C., & Granieri, A. (2013). Emotion regulation and mental representation of attachment in patients with systemic lupus erythematosus: A study using the adult attachment interview. *Journal of Nervous and Mental Disease, 201*, 304–310.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladys, L., & Siqueland, L. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 1027–1032.
- Barber, J. P., Connolly, M. B., Crits-Christoph, P., Gladis, L., & Siqueland, L. (2009). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms.
- Barnow, S., Arens, E. A., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Spitzer, C., & Lang, S. (2010). Borderline personality disorder and psychosis: a review. *Current Psychiatry Reports, 12*(3), 186-195.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology, 51*(6), 1173.
- Barone, L. (2003). Developmental protective and risk factors in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 5*(1), 64-77.
- Barone, L., Fossati, A., & Guiducci, V. (2011). Attachment mental states and inferred pathways development in borderline personality disorder: A study using the Adult Attachment Interview. *Attachment & Human Development, 13*(5), 451-469. doi: 10.1080/14616734.2011.602245

- Barrachina, J., Soler, J., Campins, M. J., Tejero, A., Pascual, J. C., Alvarez, E., ... & Sola, V. P. (2004). Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*, 293-298.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*, 226-244.
- Bartley, M., Head, J., & Stansfeld, S. (2007). Is attachment style a source of resilience against health inequalities at work? *Social Science and Medicine*, *64*, 765-775.
- Bartz, J., Simeon, D., Hamilton, H., Kim, S., Crystal, S., Braun, A., . . . Hollander, E. (2011). Oxytocin can hinder trust and cooperation in borderline personality disorder. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, *6*, 556-563. doi:10.1093/scan/nsq085
- Bartz, J.A., Zaki, J., Bolger, N., Ochsner, K.N. Social effects of oxytocin in humans: context and person matter. *Trends Cogn. Sci.* 2011;15:301-309
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2005). *Psychotherapy for borderline personality disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World psychiatry*, *9*(1), 11-15.
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2016). *Mentalization-based treatment for personality disorders: a practical guide*. Oxford University Press.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2015). Treatment of personality disorder. *The Lancet*, *385*(9969), 735-743.

- Beauchaine, T. P., Gatzke-Kopp, L., & Mead, H. K. (2007). Polyvagal theory and developmental psychopathology: Emotion dysregulation and conduct problems from preschool to adolescence. *Biological psychology*, *74*(2), 174-184.
- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Gripenstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszek, A., ... & Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in borderline personality disorder. *Psychiatry research*, *210*(2), 505-509.
- Becerra, R., Cruise, K., Murray, G., Bassett, D., Harms, C., Allan, A., & Hood, S. (2013). Emotion regulation in bipolar disorder: Are emotion regulation abilities less compromised in euthymic bipolar disorder than unipolar depressive or anxiety disorders?.
- Bekh Bradley, D., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, M. J., Fani, M. N., Ressler, K. J., & Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *The Journal of clinical psychiatry*, *72*(5), 685.
- Belloch, A., y Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bender, D. S., Farber, B. A., & Geller, J. D. (2001). Cluster B personality traits and attachment. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis and Dynamic Psychiatry*, *29*(4), 551-563.
- Berant, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008). Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities: A seven-year study of children with congenital heart disease. *Journal of Personality*, *76*, 31-66.

- Berenbaum, H., Raghavan, C., Le, H. N., Vernon, L. L., & Gomez, J. J. (2003). A taxonomy of emotional disturbances. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 206-226.
- Berenz, E. C., Amstadter, A. B., Aggen, S. H., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., Gardner, C. O., & Kendler, K. S. (2013). Childhood trauma and personality disorder criterion counts: a co-twin control analysis. *Journal of abnormal psychology, 122*(4), 1070.
- Berking, M., & Schwarz, J. (2014). Affect regulation training. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 529–547). New York: Guilford Press.
- Berlin, L. J., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications, 745-761*.
- Bernard, K., Dozier, M., Bick, J., Lewis-Morrarty, E., Lindhiem, O., & Carlson, E. (2012). Enhancing attachment organization among maltreated children: Results of a randomized clinical trial. *Child development, 83*(2), 623-636.
- Bernecker, S. L., Levy, K. N., & Ellison, W. D. (2014). A meta-analysis of the relation between patient adult attachment style and the working alliance. *Psychotherapy Research, 24*(1), 12-24.
- Besser, A., & Priel, B. (2009). Emotional responses to a romantic partner's imaginary rejection: The roles of attachment anxiety, covert narcissism, and self-evaluation. *Journal of Personality, 77*, 287–325.

- Besser, A., & Priel, B. (2010). Grandiose narcissism versus vulnerable narcissism in threatening situations: Emotional reactions to achievement failure and interpersonal rejection. *Journal of Social and Clinical Psychology, 29*, 874–902.
- Bland, A. R., Williams, C. A., Scharer, K., & Manning, S. (2004). Emotion processing in borderline personality disorders. *Issues in mental health nursing, 25*(7), 655-672.
- Blatt, S. J., & Levy, K. N. (2003). Attachment theory, psychoanalysis, personality development, and psychopathology. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(1), 102-150.
- Boldero, J. M., Hulbert, C. A., Bloom, L., Cooper, J., Gilbert, F., Mooney, J. L., & Salinger, J. (2009). Rejection sensitivity and negative self-beliefs as mediators of associations between the number of borderline personality disorder features and self-reported adult attachment. *Personality and Mental Health, 3*(4), 248-262.
- Booth-LaForce, C., Groh, A. M., Burchinal, M. R., Roisman, G. I., Owen, M. T., & Cox, M. J. (2014). Caregiving and contextual sources of continuity and change in attachment security from infancy to late adolescence. *Monographs of the Society for Research in Child Development, 79*(3), 67–84.
- Bonanno, G. A. (2005). Resilience in the face of potential trauma. *Current Directions in Psychological Science, 14*, 135–138.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Delany-Brumsey, A., Paulson, A., & Lejuez, C. W. (2006). Temperamental and environmental risk factors for borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of Personality Disorders, 20*(3), 218-231.

- Bornovalova, M. A., Huibregtse, B. M., Hicks, B. M., Keyes, M., McGue, M., & Iacono, W. (2013). Tests of a Direct Effect of Childhood Abuse on Adult Borderline Personality Disorder Traits: A Longitudinal Discordant Twin Design. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 180–194.
<http://doi.org/10.1037/a0028328>
- Bornovalova, M. A., Levy, R., Gratz, K. L., & Lejuez, C. W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological assessment, 22*(2), 233.
- Botella, L., & Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. *Revista de psicoterapia, 61*, 77-104.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment. Attachment and loss: Vol. 1. Loss*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby, J. (1977). The making and breaking of affectional bonds: I. Aetiology and psychopathology in the light of attachment theory. *British Journal of Psychiatry, 130*, 201–210. doi:10.1192/bjp.130.3.201
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent–child attachment and healthy human development*. New York, NY: Basic Books.
- Bradley, R., Jenei, J., & Westen, D. (2005). Etiology of borderline personality disorder: Disentangling the contributions of intercorrelated antecedents. *The Journal of nervous and mental disease, 193*(1), 24-31.

- Brennan, K. A., & Shaver, P. R. (1998). Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death, and perceptions of parental caregiving. *Journal of Personality*, *66*, 835–878.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied sciences*. New York.: The Guilford Press.
- Brown, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J.S. Long (Eds.), *Testing structural equations models* (pp 136-162). Newbury Park: Sage Publications.
- Brown, D. P., & Elliott, D. S. (2016). *Attachment disturbances in adults: Treatment for comprehensive repair*. WW Norton & Company.
- Brown, G., Smith, A., & Assaker, G. (2016). Revisiting the host city: An empirical examination of sport involvement, place attachment, event satisfaction and spectator intentions at the London Olympics. *Tourism management*, *55*, 160-172.
- Brown, L. S., & Wright, J. (2003). The relationship between attachment strategies and psychopathology in adolescence. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *76*(4), 351-367.
- Buckholdt, K. E., Weiss, N. H., Young, J., Y Gratz, K. L. (2014). Exposure to Violence, Posttraumatic Stress Symptoms, and Borderline Personality Pathology Among Adolescents in Residential Psychiatric Treatment: The Influence of Emotion Dysregulation. *Child Psychiatry Hum. Dev.* *49*, 884-892
- Buchheim, A., & George, C. (2011). Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. *Disorganization of attachment and caregiving*, *2*, 343-383.

- Buchheim, A., George, C., Kächele, H., Erk, S., & Walter, H. (2006). Measuring adult attachment representation in an fMRI environment: concepts and assessment. *Psychopathology*, *39*(3), 136-143.
- Buchheim, A., Heinrichs, M., George, C., Pokorny, D., Koops, E., Henningsen, P., ... Gundel, H. (2009). Oxytocin enhances the experience of attachment security. *Psychoneuroendocrinology*, *34*(9), 1417–1422.
<http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2009.04.002>
- Buchheim, A., Viviani, R., Kessler, H., Kächele, H., Cierpka, M., Roth, G., ... & Taubner, S. (2012). Changes in prefrontal-limbic function in major depression after 15 months of long-term psychotherapy. *PloS one*, *7*(3), e33745.
- Burnette, J. L., Davis, D. E., Green, J. D., Worthington, E. L., & Bradfield, E., Jr. (2009). Insecure attachment and depressive symptoms: The mediating role of rumination, empathy, and forgiveness. *Personality and Individual Differences*, *46*, 276–280.
- Burnette, J. L., Taylor, K., Worthington, E. L., Jr., & Forsyth, D. R. (2007). Attachment working models and trait forgivingness: The mediating role of angry rumination. *Personality and Individual Differences*, *42*, 1585–1596.
- Camps-Pons, S., Castillo-Garayoa, J. A., & Cifre, I. (2014). Apego y psicopatología en adolescentes y jóvenes que han sufrido maltrato: implicaciones clínicas. *Clínica y Salud*, *25*(1), 67-74.
- Canterberry, M., & Gillath, O. (2013). Neural evidence for a multifaceted model of attachment security. *International Journal of Psychophysiology*, *88*(3), 232-240.

- Carlson, E. A., Egeland, B., & Sroufe, L. A. (2009). A prospective investigation of the development of borderline personality symptoms. *Development and psychopathology*, *21*(4), 1311-1334.
- Carnelley, K. B., Israel, S., & Brennan, K. (2007). The role of attachment in influencing reactions to manipulated feedback from romantic partners. *European Journal of Social Psychology*, *37*, 968–986.
- Carpenter, R. W., & Trull, T. J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: A review. *Current psychiatry reports*, *15*(1), 335.
- Carr, C. P., Martins C. M., Stingel A. M., Lemgruber V. B., & Juruena M. F. (2013). The role of early life stress in adult psychiatric disorders: a systematic review according to childhood trauma subtypes. *The Journal of Nervous and Mental Disease* *201*: 1007–1020.
- Carrasco, J. L., Díaz-Marsá, M., Pastrana, J. I., Molina, R., Brotons, L., López-Ibor, M. I., & López-Ibor, J. J. (2007). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis response in borderline personality disorder without post-traumatic features. *The British Journal of Psychiatry*, *190*(4), 357-358.
- Carvalho Fernando, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., ... & Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, *15*(4), 384-401.
- Caselli G., Gemelli A., Querci S., Lugli A. M., Canfora F., Annovi C., Rebecchi D., Ruggiero G. M., Sassaroli S., Spada M. M., & Watkins E. R. (2013). The effect

of rumination on craving across the continuum of drinking behavior. *Addictive Behaviors* 38: 2879–83.

Cassidy, J. (2006). Intervention with parents and infants: An emotion regulation approach. In *Paper presented as part of the NIMH workshop, Developmental and Translational Models of Emotion Regulation and Dysregulation: Links to Childhood Affective Disorders*.

Cassidy, J., Jones, J. D., & Shaver, P. R. (2013). Contributions of Attachment Theory and Research: A Framework for Future Research, Translation, and Policy. *Development and Psychopathology*, 25(4 0 2), 1415–1434.

<http://doi.org/10.1017/S0954579413000692>

Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. *Clinical implications of attachment*, 1, 300-323.

Cassidy, J. and Shaver, P.R. (1999). *Handbook of Attachment: Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford.

Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 2nd.

Cassidy J & Shaver P. (2016). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. 3rd edition. New York: Guilford Press.

Cassidy, J., Woodhouse, S. S., Sherman, L. J., Stupica, B., & Lejuez, C. W. (2011). Enhancing infant attachment security: An examination of treatment efficacy and differential susceptibility. *Development and Psychopathology*, 23(1), 131-148.

Chabrol, H., Montovany, A., Ducongé, E., Kallmeyer, A., Mullet, E., & Leichsenring, F. (2004). Factor Structure of the Borderline Personality Inventory in Adolescents. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(1), 59.

- Chanen, A. M. (2015). Borderline personality disorder in young people: Are we there yet? *Journal of Clinical Psychology, 71*, 778–791.
<http://dx.doi.org/10.1002/jclp.22205>
- Chanen, A. M., Jovev, M., & Jackson, H. J. (2007). Adaptive functioning and psychiatric symptoms in adolescents with borderline personality disorder. *The Journal of clinical psychiatry, 68*(2), 297-306.
- Chapman, A. L., Dixon-Gordon, K. L., & Walters, K. N. (2011). Experiential avoidance and emotion regulation in borderline personality disorder. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 29*(1), 35-52.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of deliberate self-harm: The experiential avoidance model. *Behaviour research and therapy, 44*(3), 371-394.
- Cheavens, J. S., Rosenthal, M. Z., Daughters, S. B., Nowak, J., Kosson, D., Lynch, T. R., & Lejuez, C. W. (2005). An analogue investigation of the relationships among perceived parental criticism, negative affect, and borderline personality disorder features: The role of thought suppression. *Behaviour research and therapy, 43*(2), 257-268.
- Cheavens, J. S., Strunk, D. R., & Chriki, L. (2012). A comparison of three theoretically important constructs: What accounts for symptoms of borderline personality disorder?. *Journal of Clinical psychology, 68*(4), 477-486.
- Cherry, M. G., Fletcher, I., & O’Sullivan, H. (2013). Exploring the relationships among attachment, emotional intelligence and communication. *Medical Education, 47*, 317–325.

- Choi-Kain, L. W., Fitzmaurice, G. M., Zanarini, M. C., Laverdière, O., & Gunderson, J. G. (2009). The relationship between self-reported attachment styles, interpersonal dysfunction, and borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease, 197*(11), 816-821.
- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (2006). Fostering secure attachment in infants in maltreating families through preventive interventions. *Development and psychopathology, 18*(3), 623-649.
- Cirasola, A., Hillman, S., Fonagy, P., & Chiesa, M. (2017). Mapping the road from childhood adversity to personality disorder: The role of unresolved states of mind. *Personality and mental health, 11*(2), 77-90.
- Cloitre, M., Koenen, K. C., Cohen, L. R., & Han, H. (2002). Skills training in affective and interpersonal regulation followed by exposure: a phase-based treatment for PTSD related to childhood abuse. *Journal of consulting and clinical psychology, 70*(5), 1067.
- Coan, J. (2016). Towards a neuroscience of attachment. In: J. Cassidy and P.R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.242-269). New York: Guilford Press.
- Coan, J. A., & Maresh, E. L. (2014). Social baseline theory and the social regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 221–236). New York: Guilford Press.
- Coan, J. A., Schaefer, H. S., & Davidson, R. J. (2006). Lending a hand: Social regulation of the neural response to threat. *Psychological Science, 17*, 1032–1039.

- Cole, P. M., Llera, S. J., & Pemberton, C. K. (2009). Emotional instability, poor emotional awareness, and the development of borderline personality. *Development and psychopathology*, *21*(4), 1293-1310.
- Cole-Detke, H., & Kobak, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(2), 282.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1994). Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Advances in personal relationships: Vol. 5. Attachment processes in adulthood* (pp. 53–90). London: Jessica Kingsley.
- Conklin, C. Z., Bradley, R., & Westen, D. (2006). Affect regulation in borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, *194*(2), 69-77.
- Conner, O. L., Siegle, G. J., McFarland, A. M., Silk, J. S., Ladouceur, C. D., Dahl, R. E., ... & Ryan, N. D. (2012). Mom-it helps when you're right here! Attenuation of neural stress markers in anxious youths whose caregivers are present during fMRI. *PloS one*, *7*(12), e50680.
- Conway, C. C., Hammen, C., & Brennan, P. A. (2015). Adolescent precursors of adult borderline personality pathology in a high-risk community sample. *Journal of Personality Disorders*, *29*, 316–333.
http://dx.doi.org/10.1521/pedi_2014_28_158
- Cowdry, R. W., & Gardner, D. L. (1991). Mood variability: A study of four groups. *The American journal of psychiatry*, *148*(11), 1505.
- Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L., & Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: associations with personal vulnerabilities, life

- events. and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22(3), 315-346.
- Cupani, M. (2012). Análisis de Ecuaciones Estructurales: conceptos, etapas de desarrollo y un ejemplo de aplicación. *Revista Tesis*, 1, 186-199.
- Crandell, L. E., Patrick, M. P., & Hobson, R. P. (2003). 'Still-face' interactions between mothers with borderline personality disorder and their 2-month-old infants. *The British Journal of Psychiatry*, 183(3), 239-247.
- Crawford, T. N., Cohen, P. R., Chen, H., Anglin, D. M., & Ehrensaft, M. (2009). Early maternal separation and the trajectory of borderline personality disorder symptoms. *Development and Psychopathology*, 21, 1013–1030.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579409000546>
- Crawford, T. N., Shaver, P. R., Cohen, P., Pilkonis, P. A., Gillath, O., & Kasen, S. (2006). Self-reported attachment, interpersonal aggression, and personality disorder in a prospective community sample of adolescents and adults. *Journal of personality disorders*, 20(4), 331-351.
- Crawford, T. N., John Livesley, W., Jang, K. L., Shaver, P. R., Cohen, P., & Ganiban, J. (2007). Insecure attachment and personality disorder: A twin study of adults. *European Journal of Personality*, 21(2), 191-208.
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Jama psychiatry*, 74(4), 319-328.
- Critchfield, K. L., Levy, K. N., Clarkin, J. F., & Kernberg, O. F. (2008). The relational context of aggression in borderline personality disorder: Using adult attachment style to predict forms of hostility. *Journal of Clinical Psychology*, 64(1), 67-82.

- Crittenden, P.M. (1995). Attachment and psychopathology. In S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) *John Bowlby's Attachment Theory: Historical, clinical and social significance* (pp.367-406). New York: Analytical Press.
- Crittenden, P. M. (1997). Patterns of attachment and sexual behavior: Risk of dysfunction versus opportunity for creative integration. *Attachment and psychopathology*, 47-93.
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., McCauley, E., Smith, C. J., Vasilev, C. A., & Stevens, A. L. (2008). Parent-child interactions, peripheral serotonin, and self-inflicted injury in adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 15–21. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.76.1.15>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychological bulletin*, 135(3), 495.
- Crowell, J. A., Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (1999). Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, 2, 635.
- Crowell, J. A., Treboux, D., & Waters, E. (1999). The Adult Attachment Interview and the Relationship Questionnaire: Relations to reports of mothers and partners. *Personal Relationships*, 6, 1–18.
- Cyr, C., Euser, E. M., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Van Ijzendoorn, M. H. (2010). Attachment security and disorganization in maltreating and high-risk families: A series of meta-analyses. *Development and psychopathology*, 22(1), 87-108.

- Dağ, İ., & Gülüm, V. (2013). Yetişkin Bağlanma Örüntüleri İle Psikopatoloji Belirtileri Arasındaki İlişkide Bilişsel Özelliklerin Aracı Rolü: Bilişsel Esneklik. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 24(4).
- D'Agostino, A., Covanti, S., Monti, M. R., & Starcevic, V. (2017). Reconsidering Emotion Dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 1-19.
- Dalgleish, T., Dunn, B. D., & Mobbs, D. (2009). Affective neuroscience: Past, present, and future. *Emotion Review*, 1(4), 355-368.
- Daros, A. R., Zakzanis, K. K., & Ruocco, A. C. (2013). Facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 43, 1953–1963.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712002607>
- Davila, J., Burge, D., & Hammen, C. (1997). Why does attachment style change?. *Journal of personality and social psychology*, 73(4), 826.
- Delhaye, M., Kempnaers, C., Stroobants, R., Goossens, L., & Linkowski, P. (2013). Attachment and socio-emotional skills: A comparison of depressed inpatients, institutionalized delinquents and control adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20, 424–433.
- Derks, Y. P., Westerhof, G. J., & Bohlmeijer, E. T. (2017). A meta-analysis on the association between emotional awareness and borderline personality pathology. *Journal of personality disorders*, 31(3), 362-384.
- DeWall, C. N., Masten, C. L., Powell, C., Combs, D., Schurtz, D. R., & Eisenberger, N. I. (2011). Do neural responses to rejection depend on attachment style? An fMRI study. *Social cognitive and affective neuroscience*, 7(2), 184-192.
- De Zulueta, F. (1999). Borderline personality disorder as seen from an attachment perspective: a review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 9(3), 237-253.

- De Zulueta (2009). Post-traumatic stress disorder and attachment: possible links with borderline personality disorder. *Advances in Psychiatric Treatment* Apr 2009, 15 (3) 172-180; DOI: 10.1192/apt.bp.106.003418
- Diamond, L. M., Hicks, A. M., & Otter-Henderson, K. (2006). Physiological evidence for repressive coping among avoidantly attached adults. *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(2), 205-229.
- Diamond, D., Levy, K. N., Clarkin, J. F., Fischer-Kern, M., Cain, N. M., Doering, S., & Buchheim, A. (2014). Attachment and mentalization in female patients with comorbid narcissistic and borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 5(4), 428-433.
- Diamond, D., Stovall-McClough, C., Clarkin, J. F., & Levy, K. N. (2003). Patient-therapist attachment in the treatment of borderline personality disorder. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 67(3: Special Issue), 227-259.
- Diener, M. J., & Monroe, J. M. (2011). The relationship between adult attachment style and therapeutic alliance in individual psychotherapy: A meta-analytic review. *Psychotherapy*, 48(3), 237-248.
- Digre, E. I., Reece, J., Johnson, A. L., & Thomas, R. A. (2009). Treatment response in subtypes of borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 56-67.
- DiTommaso, E., Brannen-McNulty, C., Ross, L., & Burgess, M. (2003). Attachment styles, social skills and loneliness in young adults. *Personality and Individual Differences*, 35(2), 303-312.
- Dixon-Gordon, K. L., Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2013). Multimodal assessment of emotional reactivity in borderline personality pathology: the moderating role of

posttraumatic stress disorder symptoms. *Comprehensive psychiatry*, 54(6), 639-648.

Dixon-Gordon, K. L., Weiss, N. H., Tull, M. T., DiLillo, D., Messman-Moore, T., & Gratz, K. L. (2015). Characterizing Emotional Dysfunction in Borderline Personality, Major Depression, and their Co-occurrence. *Comprehensive Psychiatry*, 62, 187–203. <http://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.07.014>

Domes, G., Heinrichs, M., Michel, A., Berger, C., & Herpertz, S. C. (2007). Oxytocin improves “mind-reading” in humans. *Biological psychiatry*, 61(6), 731-733.

Domes, G., Schulze, L., & Herpertz, S. C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23, 6–19. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2009.23.1.6>

Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., . . . Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: Implications for emotional dysregulation. *Biological Psychiatry*, 54, 1284–1293. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(03\)00636-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(03)00636-X)

Doron, G., Moulding, R., Nedeljkovic, M., Kyrios, M., Mikulincer, M., & Sar-El, D. (2012). Adult attachment insecurities are associated with obsessive compulsive disorder. *Psychology and psychotherapy: theory, research and practice*, 85(2), 163-178.

Dozier, M., & Kobak, R. R. (1992). Psychophysiology in attachment interviews: Converging evidence for deactivating strategies. *Child development*, 63(6), 1473-1480.

- Dozier, M., Manni, M., Gordon, M. K., Peloso, E., Gunnar, M. R., Stovall-McClough, K. C., ... & Levine, S. (2006). Foster children's diurnal production of cortisol: An exploratory study. *Child maltreatment, 11*(2), 189-197.
- Dozier, M., Stovall-McClough, K.C. & Albus, K.E. (2008). Attachment and psychopathology in adulthood. In J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment; theory, research and clinical applications*, (pp. 718-744). New York: Guilford Press.
- Dykas, M. J., & Cassidy, J. (2011). Attachment and the processing of social information across the life span: theory and evidence. *Psychological bulletin, 137*(1), 19.
- Ebner-Priemer, U. W., Badeck, S., Beckmann, C., Wagner, A., Feige, B., Weiss, I., Bohus, M. (2005). Affective dysregulation and dissociative experience in female patients with borderline personality disorder: A startle response study. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 85–92.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.05.001>
- Ebner-Priemer, U. W., Houben, M., Santangelo, P., Kleindienst, N., Tuerlinckx, F., Oravecz, Z., ... & Kuppens, P. (2015). Unraveling affective dysregulation in borderline personality disorder: A theoretical model and empirical evidence. *Journal of abnormal psychology, 124*(1), 186.
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Schlotz, W., Kleindienst, N., Rosenthal, M. Z., Dettner, L., ... & Bohus, M. (2008). Distress and affective dysregulation in patients with borderline personality disorder: a psychophysiological ambulatory monitoring study. *The Journal of nervous and mental disease, 196*(4), 314-320.

- Ebner-Priemer, U. W., Welch, S. S., Grossman, P., Reisch, T., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). Psychophysiological ambulatory assessment of affective dysregulation in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 150*(3), 265-275.
- Egeland, B., Weinfield, N. S., Bosquet, M., & Cheng, V. K. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. *WAIMH handbook of infant mental health, 4*, 35-89.
- Ehring, T., Fischer, S., Schnülle, J., Bösterling, A., & Tuschen-Caffier, B. (2008). Characteristics of emotion regulation in recovered depressed versus never depressed individuals. *Personality and Individual Differences, 44*(7), 1574-1584.
- Ein-Dor, T., & Doron, G. (2015). Psychopathology and attachment. *Attachment theory and research: New directions and emerging themes*, 346-373.
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M. and Shaver, P. R. (2010). Together in pain: attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *J. Couns. Psychol. 57* 317–327. 10.1037/a0019500
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2011a). Attachment insecurities and the processing of threat-related information: Studying schemas involved in insecure people's coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology, 101*, 78–93.
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the Transdiagnostic Model of Attachment and Psychopathology. *Frontiers in psychology, 7*.
- Eisenberger, N. I., Master, S. L., Inagaki, T. K., Taylor, S. E., Shirinyan, D., Lieberman, M. D., & Naliboff, B. D. (2011). Attachment figures activate a

- safety signal-related neural region and reduce pain experience. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(28), 11721-11726.
- Elgar, F. J., Curtis, L. J., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Stewart, S. H. (2003). Antecedent-consequence conditions in maternal mood and child adjustment: A four-year cross-lagged study. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32(3), 362-374.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D., & Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y estrés*, 12.
- Farb, N. A. S., Anderson, A. K., Irving, J. A., & Segal, Z. V. (2014). Mindfulness interventions and emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 548–568). New York: Guilford Press.
- Fearon, R., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H., Lapsley, A., Roisman, G.I. The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children s externalizing behavior: A meta-analytic study. *Child Development*. 2010; 81:435–456. [PubMed: 20438450]
- Fearon, R. M. P., & Belsky, J. (2016). Precursors of attachment security. *Handbook of attachment. Theory, research, and clinical applications*, 291-313.
- Fearon, R. P., & Roisman, G. I. (2017). Attachment theory: progress and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 15, 131-136.
- Feeney, J. (2016). Adult romantic attachment: developments in the study of couple relationships. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 435-463). New York: Guilford Press.

- Feeney, J. A., Noller, P., & Hanrahan, M. (1994). Assessing adult attachment: Developments in the conceptualization of security and insecurity. In M. B. Sperling & W. H. Berman (Eds.), *Attachment in adults: Clinical and developmental perspectives* (pp. 128–152). New York: Guilford Press.
- Feliu-Soler, A., Soler, J., Elices, M., Pascual, J. C., Pérez, J., Martín-Blanco, A., ... & Portella, M. J. (2013). Differences in attention and impulsivity between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Psychiatry research*, *210*(3), 1307-1309.
- Feldman-Barrett, L., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, *15*(6), 713–724.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, *94*(3), 751-755.
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A., McClure, G., 2014. Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: differences and relationships with perceived parental style. *J.Affect.Disord.* *157*,52–59.
- Fitzpatrick, S., & Kuo, J. R. (2015). A Comprehensive Examination of Delayed Emotional Recovery in Borderline Personality Disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *47*, 51–59.
<http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.004>
- Fonagy, P. (1999): “Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría”, en *Aperturas Psicoanalíticas* nº 3.

- Fonagy, P. (2000). Attachment and borderline personality disorder. *Journal of the american psychoanalytic association*, 48(4), 1129-1146.
- Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372.
- Fonagy, P., & Bateman, A. W. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16(1), 83-101.
- Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G., ... & Gerber, A. (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology*, 64(1), 22.
- Fonagy P., Luyten P. (2009). A developmental, mentalization-based approach to the understanding and treatment of borderline personality disorder. *Dev. Psychopathol.* 21, 1355–1381 10.1017/S0954579409990198
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2017). What we have changed our minds about: Part 1. Borderline personality disorder as a limitation of resilience. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 11.
<http://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fonagy, P., Luyten, P., Bateman, A., Gergely, G., Strathearn, L., Target, M., & Allison, E. (2010). Attachment and personality pathology. *Psychodynamic psychotherapy for personality disorders: A clinical handbook*, 1, 37-88.
- Fonagy, P., Luyten, P., & Strathearn, L. (2011). Borderline personality disorder, mentalization, and the neurobiology of attachment. *Infant Mental Health Journal*, 32(1), 47-69.

- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal, 13*, 200–216.
- Fonagy, P., Steele, M., Steele, H, Leigh, T., Kennedy, R., Mattoon, G., & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. In S. Goldberg, R. Muir, & J. Kerr (Eds.), *Attachment Theory: Social, Developmental and Clinical Perspectives* (pp. 233–278). New York: Analytic Press.
- Fonagy, P., Target, M., Gergely, G., Allen, J. G., & Bateman, A. W. (2003). The developmental roots of borderline personality disorder in early attachment relationships: A theory and some evidence. *Psychoanalytic Inquiry, 23*(3), 412–459.
- Forbes, L. M., Evans, E. M., Moran, G., & Pederson, D. R. (2007). Change in atypical maternal behavior predicts change in attachment disorganization from 12 to 24 months in a high-risk sample. *Child Development 78*, 955–971.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Carretta, I., Grazioli, F., Milesi, R., Leonardi, B., & Maffei, C. (2005). Modeling the relationships between adult attachment patterns and borderline personality disorder: The role of impulsivity and aggressiveness. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24*(4), 520-537.
- Fossati, A., Feeney, J. A., Donati, D., Donini, M., Novella, L., Bagnato, M., ... & Maffei, C. (2003). On the dimensionality of the Attachment Style Questionnaire

- in Italian clinical and nonclinical participants. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20(1), 55-79.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A., & Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: The moderating role of gender and the mediating roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive psychiatry*, 56, 121-127.
- Fossati, A., Gratz, K. L., Somma, A., Maffei, C., & Borroni, S. (2016). The mediating role of emotion dysregulation in the relations between childhood trauma history and adult attachment and borderline personality disorder features: A study of Italian nonclinical participants. *Journal of personality disorders*, 30(5), 653-676.
- Fraley, R. (2002). Attachment stability from infancy to adulthood: Meta-analysis and dynamic modelling of developmental mechanisms. *Personality and Social Psychology Review*, 6(2), 123–151.
- Fraley, R., & Bonanno, G. A. (2004). Attachment and loss: A test of three competing models on the association between attachment-related avoidance and adaptation to bereavement. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30, 878–890.
- Fraley, R. C., Hudson, N. W., Heffernan, M. E., & Segal, N. (2015). Are adult attachment styles categorical or dimensional? A taxometric analysis of general and relationship-specific attachment orientations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 109, 354–368.
- Freud, S. (1917). General theory of the neuroses. *Standard edition*, 16, 243-463.

- Freud, S. (1966). *On the history of the psycho-analytic movement*. WW Norton & Company.
- Frias, A., Palma, C., Farriols, N., Gonzalez, L., & Horta, A. (2016). Anxious adult attachment may mediate the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder. *Personality and mental health, 10*(4), 274-284.
- Frosch, J. (1964). The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *The Psychiatric Quarterly, 38*(1-4), 81-96.
- Gabbard, G. O. (2005). Mind, brain, and personality disorders. *American Journal of Psychiatry, 162*(4), 648-655.
- Gaher, R. M., Hofman, N. L., Simons, J. S., & Hunsaker, R. (2013). Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive therapy and research, 37*(3), 466-475.
- García Palacios, A. (2006). La terapia dialéctico comportamental. *EduPsykhé, 5*(2), 255-271.
- Garelli, J. C. & Montuori, E. (1998). Consideraciones sobre el enfoque de la teoría de attachment acerca del vínculo afectivo materno-filial en la primera infancia. *Archivos Argentinos de Pediatría, 96*(2), 122-125.
- Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality, 16*(5), 403-420.

- George, C., Kaplan, N., & Main, M. (1985). Attachment interview for adults.
Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.
- George C, West M. The adult attachment projective picture system: attachment theory and assessment in adults. New York: Guilford Press; 2012.
- Ghiasi, H., Mohammadi, A., & Zarrinfar, P. (2016). An Investigation into the Roles of Theory of Mind, Emotion Regulation, and Attachment Styles in Predicting the Traits of Borderline Personality Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry, 11*(4), 206–213.
- Gilboa, E., & Gotlib, I. H. (1997). Cognitive biases and affect persistence in previously dysphoric and never-dysphoric individuals. *Cognition & Emotion, 11*(5-6), 517-538.
- Gillath, O., Bunge, S. A., Shaver, P. R., Wendelken, C., & Mikulincer, M. (2005). Attachment-style differences in the ability to suppress negative thoughts: exploring the neural correlates. *Neuroimage, 28*(4), 835-847.
- Gillath, O., Shaver, P. R., Baek, J. M., & Chun, D. S. (2008). Genetic correlates of adult attachment style. *Personality and Social Psychology Bulletin, 34*(10), 1396-1405.
- Gleason, M. M., Fox, N. A., Drury, S. S., Smyke, A. T., Nelson, C. A., III, & Zeanah, C. H. (2014). Indiscriminate behaviors in previously institutionalized young children. *Pediatrics, 133*(3), 657–665.
- Glenn, C. R., & Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of personality disorders, 23*(1), 20-28.

- Golder, S., Gillmore, M. R., Spieker, S., & Morrison, D. (2005). Substance use, related problem behaviors and adult attachment in a sample of high risk older adolescent women. *Journal of Child and Family Studies, 14*(2), 181-193.
- Goldin, P. R., Ziv, M., Jazaieri, H., Werner, K., Kraemer, H., Heimberg, R. G., et al. (2012). Cognitive reappraisal self-efficacy Mediates the effects of individual cognitive-behavioral therapy for social anxiety disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*(6), 1034–1040.
- Golier, J. A., Yehuda, R., Bierer, L. M., Mitropoulou, V., New, A. S., Schmeidler, J., ... & Siever, L. J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *American Journal of Psychiatry, 160*(11), 2018-2024.
- Goodall, K. (2015). Individual differences in the regulation of positive emotion: The role of attachment and self-esteem. *Personality and Individual Differences, 74*, 208–213.
- Gouin, J. P., Glaser, R., Loving, T. J., Malarkey, W. B., Stowell, J., Houts, C., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2009). Attachment avoidance predicts inflammatory responses to marital conflict. *Brain, behavior, and immunity, 23*(7), 898-904.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice, 10*(2), 192-205.
- Gratz, K. L., & Gunderson, J. G. (2006). Preliminary data on an acceptance-based emotion regulation group intervention for deliberate self-harm among women with borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 37*(1), 25-35.

- Gratz, K. L., Kiel, E. J., Latzman, R. D., Moore, S. A., Elkin, T. D., Megason, G. C., et al. (2015). Complex interrelations of trait vulnerabilities in mothers and their infants. *Infancy*, *20*, 306–338.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, *26*(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Tull, M. T. (2010). Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. *Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change*, 107-133.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., & Gunderson, J. G. (2008). Preliminary data on the relationship between anxiety sensitivity and borderline personality disorder: The role of experiential avoidance. *Journal of Psychiatric Research*, *42*(7), 550-559.
- Gratz, K. L., Tull, M. T., Matusiewicz, A. M., Breetz, A. A., & Lejuez, C. W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *4*(4), 304.
- Griffin, D. W., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 430–445.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van IJzendoorn, M. H., Steele, R. D., & Roisman, G. I. (2014). The Significance of Attachment

Security for Children's Social Competence with Peers: A Meta-Analytic Study.
Attachment & Human Development, 16(2), 103–136.

<http://doi.org/10.1080/14616734.2014.883636>

Groh, A. M., Roisman, G. I., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Fearon, R. (2012). The significance of insecure and disorganized attachment for children's internalizing symptoms: A metaanalytic study. *Child development*, 83(2), 591-610.

Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, and future. *Cognition and Emotion*, 13, 551–573.

Gross, J.J. (Ed.). (2014). *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Press.

Gross, J. J., & Feldman Barrett, L. (2011). Emotion generation and emotion regulation: One or two depends on your point of view. *Emotion review*, 3(1), 8-16.

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., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: the acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of abnormal psychology*, 106(1), 95.

Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (eds.). (2006). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford Press.

Gullestad, F. S., Johansen, M. S., Høglend, P., Karterud, S., & Wilberg, T. (2013). Mentalization as a moderator of treatment effects: Findings from a randomized clinical trial for personality disorders. *Psychotherapy Research*, 23(6), 674-689.

- Gülüm, P. I. V., & Psik, I. D. (2014). The mediator role of the cognitive features in the relationship between adult attachment patterns and psychopathology symptoms: the locus of control and repetitive thinking. *Turk Psikiyatri Dergisi*, 25(4), 244.
- Gunderson, J. G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry*, 153(6), 752-758.
- Gunderson, J. G. (2007). Disturbed relationships as a phenotype for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 164(11), 1637-1640.
- Gunderson, J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166(5), 530-539.
- Gunderson, J. G., & Kolb, J. E. (1978). Discriminating features of borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*.
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's interpersonal hypersensitivity phenotype: A gene-environment-developmental model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41.
- Gunderson, J. G., Shea, M. T., Skodol, A. E., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Stout, R. L., ... & Keller, M. B. (2000). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: development, aims, design, and sample characteristics. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 300-315.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American journal of Psychiatry*, 132(1), 1-10.
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., ... Skodol, A. E. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal

Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827–837.

<http://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>

Gusella, J. L., Muir, D., & Tronick, E. Z. (1988). The effect of manipulating maternal behavior during an interaction on three- and six-month-olds' affect and attention. *Child Development*, 1111-1124.

Gutiérrez Maldonado, J., & Arbej Sánchez, J. (2005). Alexitimia y amplificación somatosensorial en el trastorno de pánico y en el trastorno de ansiedad generalizada. *Psicothema*, 17(1).

Gutiérrez, F., Vall, G., Peri, J.M., Baillés, E., Ferraz, L., Gárriz, M., & Caseras, X. (2012). Personality disorder features through the life course. *Journal of Personality Disorders*, 26, 763-774.

Gyurak, A., & Etkin, A. (2014). A neurobiological model of implicit and explicit emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 76–90). New York: Guilford Press.

Häfner, M., & IJzerman, H. (2011). The face of love: Spontaneous accommodation as social emotion regulation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(12), 1551-1563.

Hallquist, M. N., Hipwell, A. E., & Stepp, S. D. (2015). Poor self-control and harsh punishment in childhood prospectively predict borderline personality symptoms in adolescent girls. *Journal of Abnormal Psychology*, 124, 549–564.

<http://dx.doi.org/10.1037/abn0000058>

Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2012). Refining the phenotype of borderline personality disorder: Diagnostic criteria and beyond. *Personality disorders: Theory, research, and treatment*, 3(3), 228.

- Hamilton, C. E. (2000). Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child development*, 71(3), 690-694.
- Harlow, H. F. and Mears, C. 1979. *The human model: Primate perspectives*, New York: Wiley.
- Hay, A.C., Sheppes, G., Gross, J.J., Gruber, J., 2015. Choosing how to feel: emotion regulation choice in bipolar disorder. *Emotion*, 15,139–145.
- Haydon, K. C., Roisman, G. I., Owen, M. T., Booth-LaForce, C., & Cox, M. J. (2014). VII. Shared and distinctive antecedents of Adult Attachment Interview state-of-mind and inferred-experience dimensions. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 79(3), 108–125.
- Hayes, S. C., Bissett, R. T., Korn, Z., Zettle, R. D., Rosenfarb, I. S., Cooper, L. D., & Grundt, A. M. (1999). The impact of acceptance versus control rationales on pain tolerance. *The psychological record*, 49(1), 33-47.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511–524.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5, 1–22.
- Hazen, N., Allen, S., Umemura, T., Heaton, C., & Jacobvitz, D. (2015). Very extensive non-maternal care predicts mother-infant attachment disorganization: Convergent evidence from two samples. *Development and Psychopathology*, 27(3), 649–661.
- Hazlett, E. A., Speiser, L. J., Goodman, M., Roy, M., Carrizal, M., Wynn, J. K. New, A. S. (2007). Exaggerated affect-modulated startle during unpleasant stimuli in borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 62(3), 250–255.

- Henry, C., Mitropoulou, V., New, A. S., Koenigsberg, H. W., Silverman, J., & Siever, L. J. (2001). Affective instability and impulsivity in borderline personality and bipolar II disorders: similarities and differences. *Journal of psychiatric research, 35*(6), 307-312.
- Heinrichs, M., & Domes, G. (2008). Neuropeptides and social behaviour: Effects of oxytocin and vasopressin in humans. *Progress in Brain Research, 170*, 337–50. doi:10.1016/S0079-6123(08)00428-7
- Herpertz, S. C., Dietrich, T. M., Wenning, B., Krings, T., Erberich, S. G., Willmes, K. Sass, H. (2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: A functional MRI study. *Biological Psychiatry, 50*, 292–298. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01075-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01075-7)
- Herpertz S.C., Zanarini M., Schulz C.S., Siever L., Lieb K., Möller H.J. WFSBP Task Force on Personality Disorders. (2007) World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of personality disorders. *World J Biol Psychiatry 8*: 212–244.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficit emocionales en los trastornos clínicos. *Psicología conductual, 19*(2), 347.
- Hervás, G., & Jódar, R. (2008). Adaptación al castellano de la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional. *Clínica y Salud, 19*(2), 139-156.
- Hervás, G. y Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de psicología general y aplicada, 59*(1-2), 9-36.
- Hervás, G., & Vazquez, C. (2011). What else do you feel when you feel sad? Emotional overproduction, neuroticism and rumination. *Emotion, 11*(4), 881.

- Hesse, E. (2016). The Adult Attachment Interview Protocol, Method of Analysis, and Selected Empirical Studies: 1985–2015. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds). *Hanbook of Attachment* (3rd ed., pp. 553–597). London: Guilford Press.
- Hesse, C., & Floyd, K. (2011). Affection mediates the impact of alexithymia on relationships. *Personality and Individual Differences*, *50*, 451–456.
- Hilt, L. M., Hanson, J. L., & Pollak, S.D. (2011). Emotion Dysregulation. In B. Brown and M. Prinstein (Eds.), *Encyclopedia of Adolescence* (pp. 160-169). New York: Springer.
- Hiraoka, R., Crouch, J. L., Reo, G., Wagner, M. F., Milner, J. S., & Skowronski, J. J. (2016). Borderline personality features and emotion regulation deficits are associated with child physical abuse potential. *Child abuse & neglect*, *52*, 177-184.
- Hobdy, J., Hayslip, B., Kaminski, P. L., Crowley, B. J., Riggs, S., & York, C. (2007). The role of attachment style in coping with job loss and the empty nest in adulthood. *International Journal of Aging and Human Development*, *65*, 335–371.
- Hobson, R. P., Patrick, M., Crandell, L., García-Pérez, R., & Lee, A. (2005). Personal relatedness and attachment in infants of mothers with borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, *17*, 329–347.
- Hoch, P., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, *23*(2), 248-276.
- Hoffman, K. T., Marvin, R. S., Cooper, G., & Powell, B. (2006). Changing toddlers' and preschoolers' attachment classifications: The circle of security intervention. *Journal of consulting and clinical psychology*, *74*(6), 1017.

- Holm, A. L., & Severinsson, E. (2008). The emotional pain and distress of borderline personality disorder: A review of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing, 17*(1), 27-35.
- Holmbeck, G. N. (1997). Toward terminological, conceptual, and statistical clarity in the study of mediators and moderators: examples from the child-clinical and pediatric psychology literatures. *Journal of consulting and clinical psychology, 65*(4), 599.
- Holmberg, D., Lomore, C. D., Takacs, T. A., & Price, E. L. (2011). Adult attachment styles and stressor severity as moderators of the coping sequence. *Personal Relationships, 18*, 502–517.
- Holmes, J. (2001). The search for the secure base. *Attachment theory and psychotherapy*.
- Holmes, J. A. (2004). Disorganized attachment and borderline personality disorder: A clinical perspective. *Attachment and Human Development, 6* (2), 181–190.
- Holmes, B. M., & Johnson, K. R. (2009). Adult attachment and romantic partner preference: A review. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*(6-7), 833-852.
- Houben, M., Vansteelandt, K., Claes, L., Sienaert, P., Berens, A., Sleuwaegen, E., & Kuppens, P. (2016). Emotional switching in borderline personality disorder: A daily life study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 7*(1), 50.
- Howell, F. A., y Kiger, J. (2008). *U.S. Patent No. 7,448,115*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.

- Hu, L. T., y Bentler, P. M. (1998). Fit indices in covariance structure modeling: Sensitivity to underparameterized model misspecification. *Psychological methods*, 3(4), 424.
- Ibor, J. J. L. (1994). *CIE 10: trastornos mentales y del comportamiento*. Meditor.
- Ibrahim, J., Cosgrave, N., & Woolgar, M. (2017). Childhood maltreatment and its link to borderline personality disorder features in children: A systematic review approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 1359104517712778.
- Illing V., Tasca G. A., Balfour L., Bissada H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *J. Nerv. Ment. Dis.* 198 653–659. 10.1097/NMD.0b013e3181ef34b2
- Infurna, M. R., Brunner, R., Holz, B., Parzer, P., Giannone, F., Reichl, C., ... & Kaess, M. (2016). The specific role of childhood abuse, parental bonding, and family functioning in female adolescents with borderline personality disorder. *Journal of personality disorders*, 30(2), 177-192.
- Jacobvitz, D., Hazen, N., Zaccagnino, M., Messina, S., & Beverung, L. (2011). Frightening maternal behavior, infant disorganization, and risks for psychopathology. In D. Cicchetti & G. Roisman (Eds.), *The Minnesota Symposium on Child Psychology: The origins and organization of adaptation and maladaptation* (pp. 283–322). New York: Wiley.
- Jacobvitz, D., Leon, K., & Hazen, N. (2006). Does expectant mothers' unresolved trauma predict frightening/ frightened maternal behavior?: Risk and protective factors. *Development and Psychopathology*, 18, 363–379.

- Jerga, C., Shaver, P. R., & Wilkinson, R. B. (2011). Attachment insecurities and identification of at-risk individuals following the death of a loved one. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28, 891–914.
- Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ). *European Journal of Psychological Assessment*, 22(2), 126-131.
- John, O. P., & Eng, J. (2014). Three approaches to individual differences in affect regulation: Conceptualization, measures, and findings. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp. 321–345). New York: Guilford Press.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, 72(6), 1301-1334.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Brown, J., Smailes, E. M., & Bernstein, D. P. (1999). Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 56(7), 600-606.
- Johnson, J. G., Cohen, P., Gould, M. S., Kasen, S., Brown, J., & Brook, J. S. (2002). Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. *Archives of general psychiatry*, 59(8), 741-749.
- Joplin, J. R., Nelson, D. L., & Quick, J. C. (1999). Attachment behavior and health: Relationships at work and home. *Journal of Organizational Behavior*, 783-796.
- Kalisch, R., Müller, M. B., & Tüscher, O. (2015). A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behavioral and Brain Sciences*, 38.

- Kamphausen, S., Schröder, P., Maier, S., Bader, K., Feige, B., Kaller, C. P., ... & Jacob, G. A. (2013). Medial prefrontal dysfunction and prolonged amygdala response during instructed fear processing in borderline personality disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry, 14*(4), 307-318.
- Kanske, P., Heissler, J., Schönfelder, S., Bongers, A., & Wessa, M. (2010). How to regulate emotion?: Neural networks for reappraisal and distraction. *Cerebral Cortex, 21*, 1379–1388.
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*, 865–878.
- Katerndahl, D. A. (1999). Illness attitudes and coping process in subjects with panic attacks. *The Journal of nervous and mental disease, 187*(9), 561-565.
- Keating, L., Tasca, G. A., & Hill, R. (2013). Structural relationships among attachment insecurity, alexithymia, and body esteem in women with eating disorders. *Eating Behaviors, 14*, 366–373.
- Kelleher, I., & DeVlyder, J. E. (2017). Hallucinations in borderline personality disorder and common mental disorders. *The British Journal of Psychiatry, 210*(3), 230-231.
- Kent, M., Davis, M. C. & Reich, J. W., eds. (2014) *The resilience handbook: Approaches to stress and trauma*. Routledge.
- Kenny, D. A., Kashy, D. A., & Cook, W. L. (2006). *The analysis of dyadic data*. New York: Guilford.
- Kernberg, O. (1967). Borderline personality organization. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 15*(3), 641-685.

- Kerr, S. L., Melley, A. M., Travea, L., & Pole, M. (2003). The relationship of emotional expression and experience to adult attachment style. *Individual Differences Research, 1*, 108–123.
- Keskin, G., & Cam, O. (2010). Adolescents' strengths and difficulties: approach to attachment styles. *Journal of psychiatric and mental health nursing, 17*(5), 433-441.
- Kidd, T., Hamer, M., & Steptoe, A. (2011). Examining the association between adult attachment style and cortisol responses to acute stress. *Psychoneuroendocrinology, 36*(6), 771-779.
- Kim, Y. (2005). Emotional and cognitive consequences of adult attachment: The mediating effect of the self. *Personality and Individual Differences, 39*(5), 913-923.
- Kim, S., Sharp, C., & Carbone, C. (2014). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 5*(2), 125.
- Kjær, J. N., Biskin, R., Vestergaard, C., Gustafsson, L. N., & Munk-Jørgensen, P. (2016). The clinical trajectory of patients with borderline personality disorder. *Personality and mental health, 10*(3), 181-190.
- Klein Velderman, M., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., & Van Ijzendoorn, M. H. (2006). Effects of attachment-based interventions on maternal sensitivity and infant attachment: Differential susceptibility of highly reactive infants. *Journal of Family Psychology, 20*(2), 266.

- Klerman, G. L., & Weissman, M. M. (1994). *Interpersonal psychotherapy of depression: A brief, focused, specific strategy*. Jason Aronson, Incorporated.
- Knafo, A., Guilé, J.-M., Breton, J.-J., Labelle, R., Belloncle, V., Bodeau, N., ... Gérardin, P. (2015). Coping Strategies Associated with Suicidal Behaviour in Adolescent Inpatients With Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(2 Suppl 1), S46–S54.
- Kobak, R., & Zajac, K. (2011). Rethinking adolescent states of mind: A relationship/lifespan view of attachment and psychopathology. In D. Cicchetti & G. I. Roisman (Eds.), *Minnesota Symposium on Child Psychology: The origins and organization of adaptation and maladaptation* (pp. 185–229). Hoboken: Wiley.
- Kobak, R., Zajac, K. & Madsen, S.D. (2016). Attachment disruptions, reparative processes and psychopathology. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp. 25–39). New York: Guilford Press.
- Koenigsberg, H. W., Fan, J., Ochsner, K. N., Liu, X., Guise, K. G., Pizzarello, S., Siever, L. J. (2009). Neural correlates of the use of psychological distancing to regulate responses to negative social cues: A study of patients with borderline personality disorder. *Biological Psychiatry*, 66, 854–863.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.biopsych.2009.06.010>
- Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., Schmeidler, J., New, A. S., Goodman, M., ... & Siever, L. J. (2002). Characterizing affective instability in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 784-788.

- Korver-Nieberg, N., Berry, K., Meijer, C., de Haan, L., & Ponizovsky, A. M. (2015). Associations between attachment and psychopathology dimensions in a large sample of patients with psychosis. *Psychiatry research*, 228(1), 83-88.
- Kosfeld, M., Heinrichs, M., Zak, P. J., Fischbacher, U., & Fehr, E. (2005). Oxytocin increases trust in humans. *Nature*, 435(7042), 673-676.
- Kraemer, G. W. (1985). Effects of differences in early social experience on primate neurobiological-behavioral development. *The psychobiology of attachment and separation*, 135-161.
- Kraepelin, E. (1921). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 53(4), 350.
- Kretschmer, H. L., & Heaney, N. S. (1925). Dilatation of the ureter and kidney pelvis during pregnancy: A Pyelographic Study. *Journal of the American Medical Association*, 85(6), 406-409
- Kring, A. M. (2008). Emotion disturbances as transdiagnostic processes in psychopathology. *Handbook of emotion*, 3, 691-705.
- Kring, A. M., & Sloan, D. M. (Eds.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Guilford Press.
- Kroll, J. (1993). PTSD/Borderlines in Therapy. Finding the Balance. New York (Norton) 1993.
- Kuo, J. R., Fitzpatrick, S., Metcalfe, R. K., & McMMain, S. (2016). A multi-method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, 50, 52-60.

- Kuo, J. R., Khoury, J. E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S., & Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect, 39*, 147-155.
- Kuo, J. R., & Linehan, M. M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: Physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of abnormal psychology, 118*(3), 531.
- Lambert, M. J. (1991). Introduction to psychotherapy research.
- Lanciano, T., Curci, A., Kafetsios, K., Elia, L., & Zammuner, V. L. (2012). Attachment and dysfunctional rumination: The mediating role of emotional intelligence abilities. *Personality and Individual Differences, 53*, 753–758.
- Lane, R. D., & Schwartz, G. E. (1987). Levels of emotional awareness: A cognitive-developmental theory and its application to psychopathology. *The American journal of psychiatry*.
- Laurensen, E. M., Smits, M. L., Bales, D. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V., Noom, M. J., ... & Luyten, P. (2014). Day hospital Mentalization-based treatment versus intensive outpatient Mentalization-based treatment for patients with severe borderline personality disorder: protocol of a multicentre randomized clinical trial. *BMC psychiatry, 14*(1), 301.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Leary, M. R. y Gohar, D. (2014). Self-Awareness and Self-Relevant Thought in the Experience and Regulation of Emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp.361–375). New York: Guilford Press.

- Lee, J. M., & Bell, N. J. (2003). Individual differences in attachment–autonomy configurations: Linkages with substance use and youth competencies. *Journal of adolescence*, 26(3), 347-361.
- Leerkes, E. M., Parade, S. H., & Gudmundson, J. A. (2011). Mothers' emotional reactions to crying pose risk for subsequent attachment insecurity. *Journal of Family Psychology*, 25(5), 635.
- Leichsenring, F., Salzer, S., Hilsenroth, M., Leibing, E., Leweke, F., & Rabung, S. (2011). Treatment integrity: An unresolved issue in psychotherapy research. *Current Psychiatry Reviews*, 7, 313–321.
- Lemche, E., Giampietro, V. P., Surguladze, S. A., Amaro, E. J., Andrew, C. M., Williams, S. C., ... & Simmons, A. (2006). Human attachment security is mediated by the amygdala: Evidence from combined fMRI and psychophysiological measures. *Human brain mapping*, 27(8), 623-635.
- Lenzenweger, M. F., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Kernberg, O. F., & Levy, K. N. (2008). Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 313-331.
- 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.
- Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(4), 240-246.

- Levinson, A., & Fonagy, P. (2004). Offending and attachment: The relationship between interpersonal awareness and offending in a prison population with psychiatric disorder. *Canadian Journal of Psychoanalysis, 12*(2), 225.
- Levy, K. N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology, 17*, 959–986. doi:10.1017/S0954579405050455
- Levy, K. N., Beeney, J. E., & Temes, C. M. (2011). Attachment and its vicissitudes in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports, 13*, 50-59.
- Levy, K. N., Clarkin, J. F., Yeomans, F. E., Scott, L. N., Wasserman, R. H., & Kernberg, O. F. (2006). The mechanisms of change in the treatment of borderline personality disorder with transference focused psychotherapy. *Journal of clinical psychology, 62*(4), 481-501.
- 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.
- Levy, K. N., Scala, J. W., Temes, C. M., & Clouthier, T. L. (2015). An integrative attachment theory framework of personality disorders. *Personality disorders: Toward theoretical and empirical integration in diagnosis and assessment, 315-343*.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet, 364*, 453–461. Lilliengren, P., Werbart, A., Mothander, P. R., Ekström, A., Sjögren, S., & Ögren, M.-L.

- (2014). Patient Attachment to Therapist Rating Scale: Development and psychometric properties. *Psychotherapy Research*, 24, 184–201
- Lilliengren, P., Falkenström, F., Sandell, R., Mothander, P. R., & Werbart, A. (2015). Secure attachment to therapist, alliance, and outcome in psychoanalytic psychotherapy with young adults. *Journal of counseling psychology*, 62(1), 1.
- Lilliengren, P., Werbart, A., Mothander, P. R., Ekström, A., Sjögren, S., & Ögren, M. L. (2014). Patient attachment to therapist rating scale: Development and psychometric properties. *Psychotherapy Research*, 24(2), 184-201.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
- Linehan, M. (2003). *Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Links, P. S., & Eynan, R. (2013). The relationship between personality disorders and Axis I psychopathology: deconstructing comorbidity. *Annual review of clinical psychology*, 9, 529-554.
- Links, P. S., Eynan, R., Heisel, M. J., Barr, A., Korzekwa, M., McMMain, S., & Ball, J. S. (2007). Affective instability and suicidal ideation and behavior in patients with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21, 72–86. <http://dx.doi.org/10.1521/pedi.2007.21.1.72>
- Liotti, G. (1992). Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Liotti, G. (2007). Internal working models of attachment in the therapeutic relationship. *The therapeutic relationship in the cognitive behavioral psychotherapies*, 143-161.

- Liotti, G. (2011a). Attachment Disorganization and the Clinical Dialogue. *Disorganized attachment and caregiving*, 383.
- Liotti, G. (2011b). Attachment disorganization and the controlling strategies: an illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 232.
- Lischetzke, T., & Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, 3(4), 361.
- Livesley, W. J. (1991). Classifying personality disorders: Ideal types, prototypes, or dimensions?. *Journal of Personality Disorders*, 5(1), 52-59.
- Livesley, W. J. (2011). An empirically-based classification of personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 25(3), 397-420.
- Loas, G., Speranza, M., Pham-Scottez, A., Perez-Diaz, F., & Corcos, M. (2012). Alexithymia in adolescents with borderline personality disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(2), 147–152.
- Lopes, P. N., Brackett, M. A., Nezlek, J. B., Schütz, A., Sellin, I., & Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and social psychology bulletin*, 30(8), 1018-1034.
- Lopes, P. N., Salovey, P., Côté, S., Beers, M., & Petty, R. E. (2005). Emotion regulation abilities and the quality of social interaction. *Emotion*, 5, 113–118.
- Lopez, F. G., & Gormley, B. (2002). Stability and change in adult attachment style over the first-year college transition: Relations to self-confidence, coping, and distress patterns. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 355–364.

- Lorber, M. F., & Egeland, B. (2009). Infancy parenting and externalizing psychopathology from childhood through adulthood: developmental trends. *Developmental psychology, 45*(4), 909.
- Lorber, M. F., & O'leary, S. G. (2005). Mediated paths to overreactive discipline: Mothers' experienced emotion, appraisals, and physiological responses. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(5), 972.
- Lossa, L., Corbella, S., & Botella, L. (2012). Estilo de apego del paciente en la construcción de la alianza terapéutica. *Boletín de Psicología, 105*, 91-103.
- Luborsky, L., & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference: The CCRT method.
- Luijk, M. P., Saridjan, N., Tharner, A., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Jaddoe, V. W., ... & Tiemeier, H. (2010). Attachment, depression, and cortisol: Deviant patterns in insecure-resistant and disorganized infants. *Developmental psychobiology, 52*(5), 441-452.
- Lyons-Ruth, K. (2007). The interface between attachment and intersubjectivity: Perspective from the longitudinal study of disorganized attachment. *Psychoanalytic Inquiry, 26*(4), 595-616.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J. F., Holmes, B., Easterbrooks, A., & Brooks, N. H. (2013). Borderline symptoms and suicidality/self-injury in late adolescence: prospectively observed relationship correlates in infancy and childhood. *Psychiatry research, 206*(2), 273-281.
- Lyons-Ruth, K., Bureau, J.-F., Riley, C., Atlas-Corbett, A. (2009). Socially indiscriminate attachment behavior in the Strange Situation: Convergent and

discriminant validity in relation to caregiving risk, later behavior problems, and attachment insecurity. *Development and Psychopathology*, 21, 355–372.

Lyons-Ruth, K., & Easterbrooks, M. (2006). Assessing mediated models of family change in response to infant home visiting: A two-phase longitudinal analysis. *Infant mental health journal*, 27(1), 55-69.

Lyons-ruth, K., Yellin, C., Melnick, S., & Atwood, G. (2005). Expanding the concept of unresolved mental states: Hostile/helpless states of mind on the Adult Attachment Interview are associated with disrupted mother–infant communication and infant disorganization. *Development and psychopathology*, 17(1), 1-23.

Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1993). Self-perpetuating properties of dysphoric rumination. *Journal of personality and social psychology*, 65(2), 339.

MacDonald, K., Berlow, R., & Thomas, M. L. (2013). Attachment, affective temperament, and personality disorders: a study of their relationships in psychiatric outpatients. *Journal of affective disorders*, 151(3), 932-941.

Macfie, J., & Swan, S. A. (2009). Representations of the caregiver–child relationship and of the self, and emotion regulation in the narratives of young children whose mothers have borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 21(3), 993-1011.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., West, S. G., & Sheets, V. (2002). A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychological methods*, 7(1), 83.

MacKinnon, D. P., Warsi, G., & Dwyer, J. H. (1995). A simulation study of mediated effect measures. *Multivariate behavioral research*, 30(1), 41-62.

- Madigan, S., Benoit, D., & Boucher, C. (2011). Exploration of the links among fathers' unresolved states of mind with respect to attachment, atypical paternal behavior, and disorganized infant–father attachment. *Infant Mental Health Journal*, 3, 286–304.
- Madigan, S., Moran, G., Schuengel, C., Pederson, D., & Otten, R. (2007). Unresolved maternal attachment representations, disrupted maternal behavior and disorganized attachment in infancy: Links to toddler behavior problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48, 1042–1050.
- Main, M., Goldwyn, R., & Hesse, E. (2002). *Adult attachment scoring and classification systems, Version 7.1*. Unpublished manuscript, University of California at Berkeley.
- Main, M., & Hesse, E. (1997). Attachment narratives and attachment across the lifespan. In *Fall Meeting of the American Psychoanalytic Association, New York* (Vol. 20).
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50(1/2), 66-104. doi:10.2307/3333827
- Main M., & Solomon J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganised/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M.T. Greenberg, D. Cicchetti & E.M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years* (pp. 121–160). Chicago, IL: University of Chicago Press.
- Mancini, A. D. & Bonanno, G. A. (2009) Predictors and parameters of resilience to loss: Toward an individual differences model. *Journal of Personality* 77:1805–32.

- Marci, T., Lionetti, F., Moscardino, U., Pastore, M., Calvo, V., & Altoé, G. (2017). Measuring attachment security via the Security Scale: Latent structure, invariance across mothers and fathers and convergent validity. *European Journal of Developmental Psychology*, 1-12.
- Marrone, M. (2008). La teoría del apego como paradigma psicoanalítico. *Yarnoz, S.(Comps.), La teoría del apego en la clínica, I: Evaluación y Clínica*, 15-36.
- Martín-Blanco, A., Soler, J., Villalta, L., Feliu-Soler, A., Elices, M., Pérez, V., ... & Pascual, J. C. (2014). Exploring the interaction between childhood maltreatment and temperamental traits on the severity of borderline personality disorder. *Comprehensive psychiatry*, 55(2), 311-318.
- Martinez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition and Personality*, 17(1), 3-13.
- Martino, F., Caselli, G., Berardi, D., Fiore, F., Marino, E., Menchetti, M., Prunetti, E., Ruggiero, G., Sasdelli, A., Selby, E. y Sassaroli, S. Anger rumination and aggressive behaviour in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health* 9: 277–287 (2015).
- Martino, F., Caselli, G., Ruggiero, G. M., & Sassaroli, S. (2013). Collera e ruminazione mentale. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19, 341-54.
- Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2005). Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behaviour research and therapy*, 43(5), 569-583.
- Masten, A. S. (2011). Resilience in children threatened by extreme adversity: Frameworks for research, practice, and translational synergy. *Development and Psychopathology*, 23(2), 493-506.

- Masterson, J. F., & Rinsley, D. B. (1975). The borderline syndrome: The role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality. *The International journal of psycho-analysis*, 56, 163.
- Matzke, B., Herpertz, S. C., Berger, C., Fleischer, M., & Domes, G. (2014). Facial reactions during emotion recognition in borderline personality disorder: A facial electromyography study. *Psychopathology*. Advance online publication.
- Maughan, B., & Kim-Cohen, J. (2005). Continuities between childhood and adult life. *British Journal of Psychiatry*, 187, 301–303.
- Maunder, R. G., Lancee, W. J., Nolan, R. P., Hunter, J. J., & Tannenbaum, D. W. (2006). The relationship of attachment insecurity to subjective stress and autonomic function during standardized acute stress in healthy adults. *Journal of psychosomatic research*, 60(3), 283-290.
- Mauss, I. B., Levenson, R. W., McCarter, L., Wilhelm, F. H., & Gross, J. J. (2005). The tie that binds? Coherence among emotion experience, behavior, and physiology. *Emotion*, 5(2), 175–190. doi:10.1037/1528-3542.5.2.175
- Mauss, I. B., & Tamir, M. (2014). Emotion goals: How their content, structure, and operation shape emotion regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp.361–375). New York: Guilford Press.
- Mayer, J. D., Salovey, P., & Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test: MSCEIT. Item booklet. MHS.
- McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., and Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *J. Consult. Clin. Psychol.* 74, 1041–1054.

- McGauley, G., Yakeley, J., Williams, A., & Bateman, A. (2011). Attachment, mentalization and antisocial personality disorder: The possible contribution of mentalization-based treatment. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, *13*(4), 371-393.
- McLewin, L. A., & Muller, R. T. (2006). Attachment and social support in the prediction of psychopathology among young adults with and without a history of physical maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, *30*(2), 171-191.
- Meaney, R., Hasking, P., & Reupert, A. (2016). Borderline Personality Disorder Symptoms in College Students: The Complex Interplay between Alexithymia, Emotional Dysregulation and Rumination. *PloS one*, *11*(6), e0157294.
- Melero, R., & Cantero, M. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario de evaluación del apego adulto. *Clínica y Salud*, *19*(1), 83-100.
- Melges, F. T., & Swartz, M. S. (1989). Oscillations of attachment in borderline personality disorder. *Amer. J. Psychiatry*, *146*, 1115-1120.
- Melnick, S., Finger, B., Hans, S., Patrick, M., Lyons-Ruth, K. (2008). Hostile–helpless states of mind in the AAI: A proposed additional AAI category with implications for identifying disorganized infant attachment in high-risk samples. In H. Steele & M. Steele (Eds.), *Clinical applications of the adult attachment interview* (pp. 399–423). New York: Guilford Press.
- Mennin, D., & Farach, F. (2007). Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *14*(4), 329-352.
- Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2014). Emotion regulation therapy. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed., pp.469–490). New York: Guilford Press.

- Meyer B., Pilkonis P. A. (2005). "An attachment model of personality disorders," in *Major Theories of Personality Disorder*, eds Lenzenweger M. F., Clarkin J. F., editors. (New York, NY: Guilford), 231–281.
- Meyer, B., Pilkonis, P. A., Proietti, J. M., Heape, C. L., & Egan, M. (2001). Attachment styles and personality disorders as predictors of symptom course. *Journal of personality disorders*, 15(5), 371-389.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999). Maternal–fetal bonding, coping strategies, and mental health during pregnancy: The contribution of attachment style. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 18, 255–276.
- Mikulincer, M. (1998a). Adult attachment style and individual differences in functional versus dysfunctional experiences of anger. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 513-524.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007a). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007b). Boosting attachment security to promote mental health, prosocial values, and inter-group tolerance. *Psychological Inquiry*, 18(3), 139-156.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. (2016). Adult attachment and emotion regulation. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.507-533). New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Berant, E. (2013). An attachment perspective on therapeutic processes and outcomes. *Journal of Personality*, 81,606–616.

- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and emotion*, 27(2), 77-102.
- Milad, M. R., Quinn, B. T., Pitman, R. K., Orr, S. P., Fischl, B., & Rauch, S. L. (2005). Thickness of ventromedial prefrontal cortex in humans is correlated with extinction memory. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 102, 10706–10711.
- Miljkovitch, R., Moran, G., Roy, C., Jaunin, L., Forcada-Guex, M., Pierrehumbert, B., ... & Borghini, A. (2013). Maternal interactive behaviour as a predictor of preschoolers' attachment representations among full term and premature samples. *Early human development*, 89(5), 349-354.
- Miljkovitch, R., Moss, E., Bernier, A., Pascuzzo, K., & Sander, E. (2015). Refining the assessment of internal working models: the Attachment Multiple Model Interview. *Attachment & human development*, 17(5), 492-521.
- Miljkovitch, R., Roca, H., Gery, I., de Gaulmyn, A., & Deborde, A. S. (2017). L'empathie à l'âge adulte: ses liens avec les attachements précoces et actuels. *Pratiques psychologiques*, 2(23), 183-197.
- Miller, A. L., Muehlenkamp, J. J., & Jacobson, C. M. (2008). Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. *Clinical Psychology Review*, 28, 969–981.
- Mirza, K., Mwimba, G., Pritchett, R., & Davidson, C. (2016). Association between Reactive Attachment Disorder/Disinhibited Social Engagement Disorder and Emerging Personality Disorder: A Feasibility Study. *The Scientific World Journal*, 2016, 5730104. <http://doi.org/10.1155/2016/5730104>

- Molina, L., Danulat, E., Oviedo, M., & González, J. A. (2004). Guía de especies de interés pesquero en la Reserva Marina de Galápagos. *Fundación Charles Darwin/Agencia Española de Cooperación Internacional/Dirección Parque Nacional Galápagos*, 115pp.
- Monti, J. D., & Rudolph, K. D. (2014). Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *Journal of Counseling Psychology*, 61, 374–382.
- Monson, C. M., Price, J. L., Rodriguez, B. F., Ripley, M. P., & Warner, R. A. (2004). Emotional deficits in military-related PTSD: An investigation of content and process disturbances. *Journal of Traumatic Stress*, 17(3), 275-279.
- 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, 993–1000.
- Morey, L. C., & Meyer, J. K. (2014). Conceptualizing youth borderline personality disorder within a PAI framework. In *Handbook of Borderline Personality Disorder in Children and Adolescents* (pp. 49-64). New York: Springer.
- Morse, J. Q., Hill, J., Pilkonis, P. A., Yaggi, K., Broyden, N., Stepp, S., ... & Feske, U. (2009). Anger, preoccupied attachment, and domain disorganization in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(3), 240-257.
- Mosquera, D., & Gonzalez, A. (2011). Del apego temprano a los síntomas del trastorno límite de personalidad. *Revista Digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*.

- Mosquera, D., Gonzalez, A., & Leeds, A. M. (2014). Early experience, structural dissociation, and emotional dysregulation in borderline personality disorder: the role of insecure and disorganized attachment. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *1*, 15. <http://doi.org/10.1186/2051-6673-1-15>
- Moutsiana, C., Fearon, P., Murray, L., Cooper, P., Goodyer, I., Johnstone, T., & Halligan, S. (2014). Making an effort to feel positive: Insecure attachment in infancy predicts the neural underpinnings of emotion regulation in adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *55*, 999–1008.
- Moutsiana, C., Johnstone, T., Murray, L., Fearon, P., Cooper, P. J., Pliatsikas, C., ... & Halligan, S. L. (2015). Insecure attachment during infancy predicts greater amygdala volumes in early adulthood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(5), 540-548.
- Muller, R. T., & Rosenkranz, S. E. (2009). Attachment and treatment response among adults in inpatient treatment for posttraumatic stress disorder. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *46*(1), 82–96.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, *12*(2), 171-183.
- Nakash-Eisikovits, O. R. A., Dutra, L., & Westen, D. (2002). Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *41*(9), 1111-1123.

- National Health and Medical Research Council (Australia). (2012). *Clinical practice guideline for the management of borderline personality disorder*. Melbourne, Vic: National Health and Medical Research Council.
- National Collaborating Centre for Mental Health (Great Britain), National Institute for Health and Clinical Excellence (Great Britain), British Psychological Society., & Royal College of Psychiatrists. (2009). *Borderline personality disorder: Treatment and management*. Leicester [England: British Psychological Society.
- Nezlek, J. B., & Kuppens, P. (2008). Regulating positive and negative emotions in daily life. *Journal of Personality*, *76*(3), 561–579.
- Neumann, A., C van Lier, P. A., Gratz, K.L y Koot, H. M. (2010). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment* *17* (1), 138-149.
- New, A. S., aan het Rot, M., Ripoll, L. H., Perez-Rodriguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., . . . Siever, L. J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, *26*, 660–675. doi:10.1521/pedi.2012.26.5.660
- New, A. S., Carpenter, D. M., Perez-Rodriguez, M. M., Ripoll, L. H., Avedon, J., Patil, U., ... & Goodman, M. (2013). Developmental differences in diffusion tensor imaging parameters in borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, *47*(8), 1101-1109.
- Newman, L. K., Stevenson, C. S., Bergman, L. R., & Boyce, P. (2007). Borderline personality disorder, mother–infant interaction and parenting perceptions: preliminary findings. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, *41*(7), 598-605.

- Nica, E. I., & Links, P. S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: Experience sampling findings. *Current psychiatry reports, 11*(1), 74-81.
- Nickell, A. D., Waudby, C. J., & Trull, T. J. (2002). Attachment, parental bonding and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of personality Disorders, 16*(2), 148-159.
- Niesten, I., Karan, E., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2016). Description and prediction of the income status of borderline patients over 10 years of prospective follow-up. *Personality and mental health, 10*(4), 285-292.
- Nishikawa, S., Hägglöf, B., & Sundbom, E. (2010). Contributions of attachment and self-concept on internalizing and externalizing problems among Japanese adolescents. *Journal of Child and Family Studies, 19*(3), 334-342.
- Niven, K., Totterdell, P., Stride, C. B., & Holman, D. (2011). Emotion Regulation of Others and Self (EROS): The development and validation of a new individual difference measure. *Current Psychology, 30*(1), 53-73.
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science, 6*(6), 589-609.
- Norris, F. H., Tracy, M. & Galea, S. (2009) Looking for resilience: Understanding the longitudinal trajectories of responses to stress. *Social Science and Medicine 68*:2190–98.
- Oldham, J. M. (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Am J psychiatry, 158*, 1-52.

- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, *163*(1), 20-26.
- Opitz, P., Gross, J. J., & Urry, H. L. (2012). Selection, optimization, and compensation in the domain of emotion regulation: Applications to adolescence, older age, and major depressive disorder. *Social and Personality Psychology Compass*, *6*, 142–155.
- Overall, N. C., Fletcher, G. J. O., & Friesen, M. D. (2003). Mapping the intimate relationship mind: Comparisons between three models of attachment representations. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *29*, 1479–1493.
- Panksepp, J., Siviy, S. M., & Normansell, L. A. (1985). Brain opioids and social emotions. *The psychobiology of attachment and separation*, 3-49.
- Patrick, M., Hobson, R. P., Castle, D., Howard, R., & Maughan, B. (1994). Personality disorder and the mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, *6*(2), 375-388.
- Paris, J., Gunderson, J. G., & Weinberg, I. (2007). The interface between borderline personality disorder and bipolar spectrum disorder. *Comprehensive Psychiatry*, *48*, 145–154.
- Parnell, L. y Siegel, D.J. (2015). *Attachment-focused EMDR: Healing relational trauma*. New York: W. W. Norton & Company.
- Parra, F., Miljkovitch, R., Persiaux, G., Morales, M., & Scherer, S. (2017). The Multimodal Assessment of Adult Attachment Security: Developing the Biometric Attachment Test. *Journal of Medical Internet Research*, *19*(4), e100. <http://doi.org/10.2196/jmir.6898>

- Peeters, F., Nicolson, N. A., Berkhof, J., Delespaul, P., & deVries, M. (2003). Effects of daily events on mood states in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology, 112*(2), 203.
- Perry, J. C., & Cooper, S. H. (1986). A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 34*(4), 863-893.
- Perry, J. C., & Klerman, G. L. (1978). The borderline patient: A comparative analysis of four sets of diagnostic criteria. *Archives of General Psychiatry, 35*(2), 141-150.
- Pierrehumbert, B., Ramstein, T., Karmaniola, A., & Halfon, O. (1996). Child care in the preschool years: Attachment, behaviour problems and cognitive development. *European Journal of Psychology of Education, 11*(2), 201–214.
- Pincus, A. L., & Wiggins, J. S. (1990). Interpersonal problems and conceptions of personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 4*(4), 342-352.
- Pinquart, M., Feußner, C., & Ahnert, L. (2013). Meta-analytic evidence for stability in attachments from infancy to early adulthood. *Attachment & Human Development, 15*(2), 189-218.
- Prunetti, E., Framba, R., Barone, L., Fiore, D., Sera, F., & Liotti, G. (2008). Attachment disorganization and borderline patients' metacognitive responses to therapists' expressed understanding of their states of mind: A pilot study. *Psychotherapy Research, 18*, 28–36. doi:10.1080/10503300701320645
- Puig, J., Englund, M. M., Simpson, J. A., & Collins, W. A. (2013). Predicting adult physical illness from infant attachment: a prospective longitudinal study. *Health Psychology, 32*(4), 409.

- Quirin, M., Gillath, O., Pruessner, J. C., & Eggert, L. D. (2010). Adult attachment insecurity and hippocampal cell density. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 5, 39–47.
- Quirin, M., Pruessner, J. C., & Kuhl, J. (2008). HPA system regulation and adult attachment anxiety: individual differences in reactive and awakening cortisol. *Psychoneuroendocrinology*, 33(5), 581-590.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-171.
- Raykov, T., y Marcoulides, G.A. (2000). *A first course in Structural Equation Modelling*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Reeves-Dudley. Borderline Personality Disorder Psychological Treatment: An Integrative Review. *Archives of Psychiatric Nursing* 31 (2017) 83–87.
- Reisch, T., Ebner-Priemer, U. W., Tschacher, W., Bohus, M., & Linehan, M. M. (2008). Sequences of emotions in patients with borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 118(1), 42-48.
- Reinelt, E., Stopsack, M., Aldinger, M., Ulrich, I., Grabe, H. J., & Barnow, S. (2014). Longitudinal transmission pathways of borderline personality disorder symptoms: From mother to child? *Psychopathology*, 47, 10–16.
<http://dx.doi.org/10.1159/000345857>
- Reiner, I., Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., Fremmer-Bombik, E., & Beutel, M. (2016). Adult attachment representation moderates psychotherapy treatment efficacy in clinically depressed inpatients. *Journal of affective disorders*, 195, 163-171.

- Reitz, S., Kluetsch, R., Niedtfeld, I., Knorz, T., Lis, S., Paret, C., ... & Bohus, M. (2015). Incision and stress regulation in borderline personality disorder: neurobiological mechanisms of self-injurious behaviour. *The British Journal of Psychiatry*, *207*(2), 165-172.
- Riggio, R. E., Throckmorton, B., & Depaola, S. (1990). Social skills and self-esteem. *Personality and Individual Differences*, *11*(8), 799-804.
- Riihimäki, K., Vuorilehto, M., & Isometsä, E. (2014). Borderline personality disorder among primary care depressive patients: A five-year study. *Journal of affective disorders*, *155*, 303-306.
- Rognoni, E., Galati, D., Costa, T., & Crini, M. (2008). Relationship between adult attachment patterns, emotional experience and EEG frontal asymmetry. *Personality and Individual Differences*, *44*(4), 909-920.
- Richetin, J., Preti, E., Costantini, G., & De Panfilis, C. (2017). The centrality of affective instability and identity in Borderline Personality Disorder: Evidence from network analysis. *PLoS One*, *12*(10), e0186695.
- Roisman, G. I., Tsai, J. L., & Chiang, K. H. (2004). The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressions, and self-reported emotional response during the Adult Attachment Interview. *Developmental Psychology*, *40*, 776–789.
- Rom, E., & Mikulincer, M. (2003). Attachment theory and group processes: the association between attachment style and group-related representations, goals, memories, and functioning. *Journal of personality and social psychology*, *84*(6), 1220.

- Rönnlund, M., & Karlsson, E. (2006). The relation between dimensions of attachment and internalizing or externalizing problems during adolescence. *The Journal of Genetic Psychology, 167*(1), 47-63.
- Rosenstein, D. S., & Horowitz, H. A. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(2), 244.
- Rosenthal, M. Z., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behaviour Research and Therapy, 43*(9), 1173-1185.
- Rosenthal, M. Z., Gratz, K. L., Kosson, D. S., Cheavens, J. S., Lejuez, C. W., & Lynch, T. R. (2008). Borderline personality disorder and emotional responding: A review of the research literature. *Clinical psychology review, 28*(1), 75-91.
- Rubio, V. y Pérez, A. (2003). *Trastornos de la personalidad*. Madrid: Elsevier; 2003.
- Rude, S., & McCarthy, C. (2003). Brief report. *Cognition & Emotion, 17*(5), 799-806.
- Russell, J. J., Moskowitz, D. S., Zuroff, D. C., Sookman, D., & Paris, J. (2007). Stability and variability of affective experience and interpersonal behavior in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 578–588.
- Rutter, M., Kreppner, J., & Sonuga-Barke, E. (2009). Emanuel Miller Lecture: Attachment insecurity, disinhibited attachment, and attachment disorders: Where do research findings leave the concepts? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 50*, 529–543.
- Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press.

- Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program. *Infant Mental Health Journal, 34*(5), 10.1002/imhj.21406.
<http://doi.org/10.1002/imhj.21406>
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale.
- Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 34*(2), 260-267.
- Salvador-Carulla, L., Bendeck, M., Ferrer, M., Andi3n, O., Aragon3s, E., & Casas, M. (2014). Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). *European psychiatry, 29*(8), 490-497.
- Samson, A. C., Huber, O., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation in Asperger's syndrome and high functioning autism. *Emotion, 12*(4), 659–665.
- Sansone, R. A., Songer, D. A., & Miller, K. A. (2005). Childhood abuse, mental healthcare utilization, self-harm behavior, and multiple psychiatric diagnoses among inpatients with and without a borderline diagnosis. *Comprehensive psychiatry, 46*(2), 117-120.
- Sapienza, J. K., & Masten, A. S. (2011). Understanding and promoting resilience in children and youth. *Current Opinion in Psychiatry, 24*(4), 267-273.

- Sauer S. E., & Baer R. A. (2012). Ruminative and mindful self-focused attention in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research and Treatment* 3: 433–41.
- Sauer, C., Sheppes, G., Lackner, H. K., Arens, E. A., Tarrasch, R., & Barnow, S. (2016). Emotion regulation choice in female patients with borderline personality disorder: Findings from self-reports and experimental measures. *Psychiatry Research*, 242, 375–384. doi: 10.1016/j.psychres.2016.04.113
- Sbarra, D. A. (2006). Predicting the onset of emotional recovery following nonmarital relationship dissolution: Survival analyses of sadness and anger. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32, 298–312.
- Sbarra, D. A., & Emery, R. E. (2005). The emotional sequelae of nonmarital relationship dissolution: Analysis of change and intraindividual variability over time. *Personal Relationships*, 12, 213–232.
- Scherer, K. R., Schorr, A., & Johnstone, T. (2001). *Appraisal processes in emotion: Theory, methods, research*. New York: Oxford University Press.
- Schimmenti, A. (2016). Dissociative experiences and dissociative minds: exploring a nomological network of dissociative functioning. *Journal of Trauma & Dissociation*, 17(3), 338-361.
- Schimmenti A., Bifulco A. (2015). Linking lack of care in childhood to anxiety disorders in emerging adulthood: the role of attachment styles. *Child Adolesc. Mental Health* 20 41–48.
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P. M., Gemeinhardt, B., KÜStner, U., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: A review of the literature and a

- study in drug dependent adolescents. *Attachment & human development*, 7(3), 207-228.
- Schmahl, C. G., Vermetten, E., Elzinga, B. M., & Bremner, J. D. (2003). Magnetic resonance imaging of hippocampal and amygdala volume in women with childhood abuse and borderline personality disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 122(3), 193-198.
- Schneider K. (1923). *Die Psychopathischen Persönlichkeiten*. Springer: Berlin
- Schore, A. N. (2001). Effects of a secure attachment relationship on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 7-66.
- Schramm, A. T., Venta, A., & Sharp, C. (2013). The role of experiential avoidance in the association between borderline features and emotion regulation in adolescents. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 138.
- Schulze, L., Domes, G., Krüger, A., Berger, C., Fleischer, M., Prehn, K., ... & Herpertz, S. C. (2011). Neuronal correlates of cognitive reappraisal in borderline patients with affective instability. *Biological psychiatry*, 69(6), 564-573.
- Scott, L. N., Kim, Y., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., Wright, A. G., Stepp, S. D., ... & Pilkonis, P. A. (2013). Preoccupied attachment and emotional dysregulation: specific aspects of borderline personality disorder or general dimensions of personality pathology?. *Journal of personality disorders*, 27(4), 473-495.
- Scott, L. N., Levy, K. N., & Pincus, A. L. (2009). Adult attachment, personality traits, and borderline personality disorder features in young adults. *Journal of personality disorders*, 23(3), 258-280.

- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behaviour research and therapy*, *46*(5), 593-611.
- Selby, E. A., & Joiner Jr, T. E. (2009). Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation. *Review of General Psychology*, *13*(3), 219.
- Selby E. A., & Joiner T. E., Jr. (2013). Emotional cascades as prospective predictors of dyscontrolled behaviors in borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment* 4: 168–74.
- Selby, E. A., Kranzler, A., Panza, E., & Fehling, K. B. (2016). Bidirectional-Compounding Effects of Rumination and Negative Emotion in Predicting Impulsive Behavior: Implications for Emotional Cascades. *Journal of personality*, *84*(2), 139-153.
- Selby, E. A., Ward, A. C., & Joiner, T. E. (2010). Dysregulated eating behaviors in borderline personality disorder: are rejection sensitivity and emotion dysregulation linking mechanisms?. *International Journal of eating disorders*, *43*(7), 667-670.
- Sharp, C., Ha, C., Michonski, J., Ventra. A., y Carbone., C. (2012). Borderline personality disorder in adolescent: Evidence in support of childhood Interview for DSM-IV Borderline Personality Disorder in a sample of adolescent inpatients. *Comprehensive psychiatry*, *53*, 765-774.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & human development*, *4*(2), 133-161.

- Shaver, R., & Mikulincer, M. (2012). Attachment- related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133- 161. doi:10.1080/14616730210154171
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., & Gross, J. J. (2011). Emotion regulation choice. *Psychological Science*, 22, 1391–1396.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., Radu, P., Blechert, J., & Gross, J. J. (2012). Emotion regulation choice: A conceptual framework and supporting evidence. *Journal of Experimental Psychology: General*.
- Shi, Z., Bureau, J.-F., Easterbrooks, M. A., Zhao, X., & Lyons-Ruth, K. (2012). Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Mental Health Journal*, 33, 55–69.
- Shouldice, A. E., & Stevenson-Hinde, J. (1992). Coping with security distress: The Separation Anxiety Test and attachment classification at 4.5 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 33, 331–348.
- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind* (Vol. 296). New York: Guilford Press.
- Siegel, D. J. (2001). Toward an interpersonal neurobiology of the developing mind: Attachment relationships, “mindsight,” and neural integration. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 67-94.
- Siegel, D.J., & Hartzell, M. (2003). *Parenting from the inside out: How a deeper self-understanding can help you raise children who thrive*. New York: Penguin Putnam.
- Siever, L. J., Torgersen, S., Gunderson, J. G., Livesley, W. J., & Kendler, K. S. (2002). The borderline diagnosis III: Identifying endophenotypes for genetic studies.

Biological Psychiatry, 51, 964–968. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01326-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01326-4)

Silbersweig, D., Clarkin, J. F., Goldstein, M., Kernberg, O. F., Tuescher, O., Levy, K. N., . . . Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1832–1841. doi:10.1176/appi.ajp.2007.06010126

Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Pfohl, B., Widiger, T. A., Livesley, W. J., & Siever, L. J. (2002a). The borderline diagnosis I: Psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936–950. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01324-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01324-0)

Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002b). The borderline diagnosis II: Biology, genetics, and clinical course. *Biological Psychiatry*, 51, 951–963. [http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223\(02\)01325-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0006-3223(02)01325-2)

Skodol, A., Bender, D., Gunderson, J. (2014). Personality disorders. In: R. Hales, S. Yudofsky & L. Roberts (Eds.), *The american psychiatric publishing textbook of psychiatry* (pp. 851–94).Arlington: American Psychiatric Publishing.

Slade, A.(2016). Attachment and Adult psychotherapy.In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.759-779). New York: Guilford Press.

Sadler, L. S., Slade, A., Close, N., Webb, D. L., Simpson, T., Fennie, K., & Mayes, L. C. (2013). Minding the baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home-visiting program. *Infant mental health journal*, 34(5), 391-405.

- Smith J. M., Grandin L. D., Alloy L. B., & Abramson L. Y. (2006). Cognitive vulnerability to depression and axis II personality dysfunction. *Cognitive Therapy and Research* 30: 609–21.
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., Vos, J., Lucas, Z., Verheul, R., & Luyten, P. (2017). Subtypes of borderline personality disorder patients: a cluster-analytic approach. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 4(1), 16.
- Soares, I. and Dias, P. (2007). Apego y psicopatología en jóvenes y adultos: Contribuciones recientes de la investigación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7, 177-195.
- Sobel, M. E. (1982). Asymptotic confidence intervals for indirect effects in structural equation models. *Sociological methodology*, 13, 290-312.
- 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.
- Solomon, Z., Dekel, R., Mikulincer, M. Complex trauma of war captivity: A prospective study of attachment and post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 2008; 38:1427–1434.
- Solomon, J. & George, C. (2016). The Measurement of Attachment Security and Related Constructs in Infancy and Early Childhood. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.366-396). New York: Guilford Press.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.

- Sroufe, L. A. (2000). Early relationships and the development of children. *Infant Mental Health Journal*, 21(1-2), 67-74.
- Sroufe, L. A., Coffino, B., & Carlson, E. A. (2010). Conceptualizing the role of early experience: Lessons from the Minnesota longitudinal study. *Developmental Review*, 30(1), 36-51.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E., & Collins, W. A. (2005). Placing early attachment experiences in developmental context. *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*, 48-70.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977). Heart rate as a convergent measure in clinical and developmental research. *Merrill-Palmer Quarterly of Behavior and Development*, 23(1), 3-27.
- Stalker, C. A., & Davies, F. (1995). Attachment organization and adaptation in sexually-abused women. *Canadian Journal of Psychiatry*, 40, 234–240.
- Stanley, B., & Siever, L.J. (2010). The interpersonal dimension of borderline personality disorder: Toward a neuropeptide model. *American Journal of Psychiatry*, 167(12), 24–39. <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050744>.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... & Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(5), 875.
- Steele, H., & Siever, L. (2010). An attachment perspective on borderline personality disorder: advances in gene-environment considerations. *Curr Psychiatry Rep*, 12, 61-67.

- Stein, H., Koontz, A. D., Fonagy, P., Allen, J. G., Fultz, J., Brethour, J. R., ... & Evans, R. B. (2002). Adult attachment: What are the underlying dimensions? *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 75(1), 77-91.
- Stepp, S. D., Lazarus, S. A., & Byrd, A. L. (2016). A systematic review of risk factors prospectively associated with borderline personality disorder: Taking stock and moving forward. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 7(4), 316.
- Stepp, S. D., Scott, L. N., Morse, J. Q., Nolf, K. A., Hallquist, M. N., & Pilkonis, P. A. (2014). Emotion dysregulation as a maintenance factor of borderline personality disorder features. *Comprehensive psychiatry*, 55(3), 657-666.
- Stepp, S. D., Whalen, D. J., Scott, L. N., Zalewski, M., Loeber, R., & Hipwell, A. E. (2014). Reciprocal effects of parenting and borderline personality disorder symptoms in adolescent girls. *Development and Psychopathology*, 26, 361–378.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0954579413001041>
- Stern, A. (1938). Borderline group of neuroses. *The Psychoanalytic Quarterly*.
- Stevens, F. L. (2014). Affect regulation styles in avoidant and anxious attachment. *Individual Differences Research*, 12, 123–130.
- Stoffers, J. M., Voellm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Library*.
- Stovall-McClough, K. C., & Cloitre, M. (2003). Reorganization of unresolved childhood traumatic memories following exposure therapy. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1008, 297–299.

- Suomi, S.J. Attachment in rhesus monkeys. In: J. Cassidy & P.R. Shaver (Eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (pp.173-191). New York: Guilford Press.
- Suzuki, T., Samuel, D. B., Pahlen, S., & Krueger, R. F. (2015). DSM-5 alternative personality disorder model traits as maladaptive extreme variants of the five-factor model: An item-response theory analysis. *Journal of Abnormal Psychology, 124*(2), 343–354. doi:10.1037/abn0000035
- 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.
- Tajima, O., Egashira, N., Ohmi, Y., Fukue, Y., Mishima, K., Iwasaki, K., ... & Furukawa, K. (2009). Reduced motor and sensory functions and emotional response in GM3-only mice: emergence from early stage of life and exacerbation with aging. *Behavioural brain research, 198*(1), 74-82.
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Ryan, D. P., Parker, J. D., Doody, K. F., & Keefe, P. (1988). Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. *Psychosomatic medicine, 50*(5), 500-509.
- Taylor, P. J., Rietzschel, J., Danquah, A., & Berry, K. (2015). The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 88*(3), 240-253.
- Ten Have, M., Verheul, R., Kaasenbrood, A., van Dorsselaer, S., Tuithof, M., Kleinjan, M., & de Graaf, R. (2016). Prevalence rates of borderline personality disorder symptoms: a study based on the Netherlands Mental Health Survey and

Incidence Study-2. *BMC Psychiatry*, 16, 249. <http://doi.org/10.1186/s12888-016-0939-x>

- Theodoridou, A., Rowe, A. C., Penton-Voak, I. S., & Rogers, P. J. (2009). Oxytocin and social perception: oxytocin increases perceived facial trustworthiness and attractiveness. *Hormones and behavior*, 56(1), 128-132.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52.
- Toth, S., Rogosch, F., Manly, J., & Cicchetti D. (2006). The efficacy of toddler–parent psychotherapy to reorganize attachment in the young offspring of mothers with major depressive disorder: A randomized preventive trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 1006–1016.
- Treynor, W., Gonzalez, R., & Nolen-Hoeksema, S. (2003). Rumination reconsidered: A psychometric analysis. *Cognitive therapy and research*, 27(3), 247-259.
- Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2011). Resilience in the face of stress: Emotion regulation ability as a protective factor. In S. Southwick, B. Litz, D. Charney, & M. Friedman (Eds.), *Resiliency and mental health* (pp.30–44). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2003). Alternative explanations of emotional numbing of posttraumatic stress disorder: An examination of hyperarousal and experiential avoidance. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25(3), 147-154.
- Tull, M. T., & Roemer, L. (2007). Emotion regulation difficulties associated with the experience of uncued panic attacks: Evidence of experiential avoidance,

- emotional nonacceptance, and decreased emotional clarity. *Behavior Therapy*, 38(4), 378-391.
- Trull, T. J., Tomko, R. L., Brown, W. C., & Scheiderer, E. M. (2010). Borderline Personality Disorder in 3-D: Dimensions, Symptoms, and Measurement Challenges. *Social and Personality Psychology Compass*, 4(11), 1057-1069.
- Tuna E., & Bozo Ö. (2014). Exploring the link between emotional and behavioral dysregulation: A test of the emotional cascade model. *The Journal of General Psychology* 141(1): 1–17.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet*, 385(9969), 717-726.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2006). *The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization*. WW Norton & Company.
- Van der Kolk, B. A. (1994). The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. *Harvard review of psychiatry*, 1(5), 253-265.
- Van Dijke, A., & Ford, J. D. (2015). Adult attachment and emotion dysregulation in borderline personality and somatoform disorders. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2(1), 6.
- Van Dijke, A. & Van Der Hart, O. (2002). *The Dutch self report version of the Structure Interview for Disorders of Extreme Stress (SIDES-r-nl)*. Utrecht: Unpublished manual Utrecht University.
- Van Dijke, A., Van Der Hart, O., Van Son, M., Bühring, M., Van Der Heijden, P., & Ford, J. D. (2013). Cognitive and affective dimensions of difficulties in

emotional functioning in somatoform disorders and borderline personality disorder. *Psychopathology*, 46(3), 153-162.

Van IJzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387–403.

Van IJzendoorn, M. H., Feldbrugge, J. T. T. M., Derks, F. C. H., De Ruiter, C., Verhagen, M. F. M., Philipse, M. W. G., ... & Riksen-Walraven, J. M. A. (1997). Attachment representations of personality-disordered criminal offenders. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67(3), 449.

Van Rheenen, T. E., Murray, G., & Rossell, S. L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: Profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry research*, 225(3), 425-432.

Venta, A., Kenkel-Mikelonis, R., & Sharp, C. (2012). A preliminary study of the relation between trauma symptoms and emerging BPD in adolescent inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 76(2), 130-146.

Verhage, M.L., Schuengel, C., Madigan, S., Fearon, R.M., Oosterman, M., Cassibba, R., Bakermans-Kranenburg, M.J., van IJzendoorn, M.H.: Narrowing the transmission gap: a synthesis of three decades of research on intergenerational transmission of attachment. *Psychol Bull* 2016, 142:337-366.

Vorst, H. C., & Bermond, B. (2001). Validity and reliability of the Bermond–Vorst alexithymia questionnaire. *Personality and individual differences*, 30(3), 413-434.

- Vrtička, P., Andersson, F., Grandjean, D., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2008). Individual attachment style modulates human amygdala and striatum activation during social appraisal. *PLoS One*, 3(8), e2868.
- Vrtička, P., Bondolfi, G., Sander, D., & Vuilleumier, P. (2012). The neural substrates of social emotion perception and regulation are modulated by adult attachment style. *Social Neuroscience*, 7, 473–493.
- Wagner, S., Baskaya, Ö., Lieb, K., Dahmen, N., & Tadić, A. (2009). The 5-HTTLPR polymorphism modulates the association of serious life events (SLE) and impulsivity in patients with borderline personality disorder. *Journal of psychiatric research*, 43(13), 1067-1072.
- Ward, M. J., Lee, S. S., & Polan, H. J. (2006). Attachment and psychopathology in a community sample. *Attachment & Human Development*, 8(4), 327-340.
- Warwar, S. H., Links, P. S., Greenberg, L., & Bergmans, Y. (2008). Emotion-focused principles for working with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Practice*, 14(2), 94–104.
- Waters, E., Merrick, S., Treboux, D., Crowell, J., & Albersheim, L. (2000). Attachment security in infancy and early adulthood: A twenty-year longitudinal study. *Child development*, 71(3), 684-689.
- Wayment, H. A., & Vierthaler, J. (2002). Attachment style and bereavement reactions. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 129–149.
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology*, 52, 14–24.

- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)–Short Form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, *88*, 187–204.
- Weinfield, N. S., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2000). Attachment from infancy to early adulthood in a high-risk sample: Continuity, discontinuity, and their correlates. *Child development*, *71*(3), 695-702.
- Weinstein, A., Feder, L. C., Rosenberg, K. P., & Dannon, P. (2014). Internet addiction disorder: Overview and controversies. *Behavioral addictions*, 99-117.
- West, M., & George, C. (2002). Attachment and dysthymia: The contributions of preoccupied attachment and agency of self to depression in women. *Attachment & human development*, *4*(3), 278-293.
- West, M., & Sheldon-Keller, A. (1992). The assessment of dimensions relevant to adult reciprocal attachment. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *37*(9), 600-606.
- Westbrook, J., & Berenbaum, H. (2017). Emotional Awareness Moderates the Relationship Between Childhood Abuse and Borderline Personality Disorder Symptom Factors. *Journal of clinical psychology*, *73*(7), 910-921.
- Westen, D., Nakash, O., Thomas, C., & Bradley, R. (2007). Clinical assessment of attachment patterns and personality disorder in adolescents and adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 1065–1085.
- Westen, D., Shedler, J., & Bradley, R. (2006). A prototype approach to personality disorder diagnosis. *American Journal of psychiatry*, *163*(5), 846-856.
- White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., & Hudson, J. I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: A review. *Harvard Review of Psychiatry*, *11*(1), 8-19.

- White, L. O., Wu, J., Borelli, J. L., Rutherford, H. J., David, D. H., Kim–Cohen, J., ... & Crowley, M. J. (2012). Attachment dismissal predicts frontal slow-wave ERPs during rejection by unfamiliar peers. *Emotion, 12*(4), 690.
- Williams, K. E., Chambless, D. L., & Ahrens, A. (1997). Are emotions frightening? An extension of the fear of fear construct. *Behaviour research and therapy, 35*(3), 239-248.
- Williams, N. L., & Riskind, J. H. (2004). Adult romantic attachment and cognitive vulnerabilities to anxiety and depression: Examining the interpersonal basis of vulnerability models. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*, 7–24.
- Winsper, C., Wolke, D., & Lereya, T. (2015). Prospective associations between prenatal adversities and borderline personality disorder at 11–12 years. *Psychological Medicine, 45*, 1025–1037.
<http://dx.doi.org/10.1017/S0033291714002128>
- Winsper, C., Zanarini, M., & Wolke, D. (2012). Prospective study of family adversity and maladaptive parenting in childhood and borderline personality disorder symptoms in a non-clinical population at 11 years. *Psychological Medicine, 42*, 2405–2420. <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291712000542>
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H. J., Lammers, C. H., & Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tension in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology, 46*(3), 347-360.
- Wolke, D., Schreier, A., Zanarini, M. C., & Winsper, C. (2012). Bullied by peers in childhood and borderline personality symptoms at 11 years of age: A prospective study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 53*, 846–855.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1469-7610.2012.02542.x>

- World Health Organization. (2012). *Risks to mental health: An overview of vulnerabilities and risk factors*. Geneva, Switzerland: Author.
- Wright, A. G., Hallquist, M. N., Morse, J. Q., Scott, L. N., Stepp, S. D., Nolf, K. A., & Pilkonis, P. A. (2013). Clarifying interpersonal heterogeneity in borderline personality disorder using latent mixture modeling. *Journal of personality disorders, 27*(2), 125-143.
- Yárnoz-Yaben, S. (2009). Forgiveness, attachment, and divorce. *Journal of Divorce and Remarriage, 50*, 282–294.
- Yehuda, R., Steiner, A., Kahana, B., Binder-Brynes, K., Southwick, S. M., Zemelman, S., & Giller, E. L. (1997). Alexithymia in Holocaust survivors with and without PTSD. *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 93-100.
- Yen, S., Zlotnick, C., & Costello, E. (2002). Affect regulation in women with borderline personality disorder traits. *The Journal of nervous and mental disease, 190*(10), 693-696.
- Zaki, L. F., Coifman, K. G., Rafaeli, E., Berenson, K. R., & Downey, G. (2013). Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behavior Therapy, 44*(3), 529–540.
- Zanarini, M. C. (1993). Borderline personality disorder as an impulse spectrum disorder. *Borderline personality disorder: Etiology and treatment, 67-86*.
- Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America, 23*(1), 89-101.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., & Silk, K. R. (2004). Mental health service utilization by borderline personality disorder patients and Axis II

comparison subjects followed prospectively for 6 years. *The Journal of clinical psychiatry*.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). Time to attainment of recovery from borderline personality disorder and stability of recovery: A 10-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *167*(6), 663-667.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2012). Attainment and stability of sustained symptomatic remission and recovery among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects: a 16-year prospective follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 476-483.

Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Fitzmaurice, G., Weinberg, I., & Gunderson, J. G. (2008). The 10-year course of physically self-destructive acts reported by borderline patients and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *117*(3), 177-184.

Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised diagnostic interview for borderlines: discriminating BPD from other axis II disorders. *Journal of personality Disorders*, *3*(1), 10-18.

Zanarini, M. C., Jacoby, R. J., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2009). The 10-year course of social security disability income reported by patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Journal of personality disorders*, *23*(4), 346-356.

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.
- Zayas, V., Shoda, Y., Mischel, W., Osterhout, L., & Takahashi, M. (2009). Neural responses to partner rejection cues. *Psychological Science*, 20(7), 813-821.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2010). Reactive attachment disorder: A review for DSM-V. *Report presented to the American Psychiatric Association*.
- Zeanah, C. H., & Gleason, M. M. (2015). Annual Research Review: Attachment disorders in early childhood – clinical presentation, causes, correlates and treatment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 207–222. <http://doi.org/10.1111/jcpp.12347>
- Zhang, F., & Labouvie-Vief, G. (2004). Stability and fluctuation in adult attachment style over a 6-year period. *Attachment and Human Development*, 6, 419–437.
- Zilboorg, G. (1941). Ambulatory schizophrenia. *Psychiatry*, 4(2), 149-155.
- Zimmerman, M., Chelminski, I., Young, D., Dalrymple, K., & Martinez, J. (2012). Does the presence of one feature of borderline personality disorder have clinical significance? Implications for dimensional ratings of personality disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(1), 8–12. doi:10.4088/JCP.10m06784
- Zimmerman, M., Rothschild, L., & Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.
- Zweig, F. H., & Paris, J. (1991). Parent's emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. *Am J Psych*, 148, 648-651.

ANEXOS

ANEXO I: CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE

Yo: _____

Declaro que:

- He sido informado del estudio
- He tenido oportunidad de efectuar preguntas sobre el estudio
- He recibido respuestas satisfactorias
- He recibido suficiente información en relación con el estudio
- Entiendo que la participación es voluntaria

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee
- Sin que tenga que dar explicaciones
- Sin que ello afecte a mis cuidados médicos

También se me ha informado de manera clara, precisa y suficiente de que mis datos personales serán tratados y custodiados con respeto a mi intimidad y a la vigente normativa de protección de datos.

Declaro que he leído y conozco el contenido del presente documento y por ello, doy mi consentimiento para participar de forma voluntaria en el estudio; **“Estilos de apego como predictores los patrones comportamiento en las relaciones personales y disregulación emocional”** que tiene como objetivo explorar y describir las implicaciones del estilo de vinculación en el desarrollo de los trastornos de personalidad.

Nombre del paciente: _____ **Investigador principal:** _____

Fecha:

Firma:

ANEXO II: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

N.H.C.:

Fecha de evaluación:

Dispositivo de Salud Mental que deriva:

Edad:

Género:

Nivel educativo:

Vivencia de acontecimientos vitales estresantes en la infancia/adolescencia:

- Pérdidas personas importantes:
- Testigo de violencia doméstica:
- Víctima de abuso sexual:
- Víctima de maltrato físico:
- Víctima de acoso escolar:
- Víctima de situación de negligencia o abandono familiar:
- Antecedentes de patología mental en padres/hermanos:
- Antecedentes de abuso de sustancias en padres/hermanos:
- Situación de pobreza o falta de recursos:
- Otras situaciones traumáticas:

Vivencia de acontecimientos vitales estresantes en la edad adulta:

Antecedentes de conductas de riesgo:

- Intentos autolíticos:
-Especificar nº último año y gravedad:
- Autolesiones:

-Especificar nº último año y gravedad:

- Episodios de heteroagresividad:

-Especificar nº último año y gravedad:

- Consumo de tóxicos:
- Problemas legales:
- Nivel de funcionalidad:
- Red social y de apoyo: “Escaso/Nulo” “Satisfactorio” “Muy satisfactorio”
- Estado ocupacional. Nivel socioeconómico:
- Número de hospitalizaciones psiquiátricas en el último año:

Otros datos de interés:



VNiVERSIDAD D SALAMANCA

CAMPUS DE EXCELENCIA INTERNACIONAL