

TESIS DOCTORAL

2021

FACTORES PSICOSOCIALES RELEVANTES EN LA
CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON TRASTORNO

LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

BEATRIZ THADANI CÁCERES

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN
PSICOLOGÍA**

DIRECTORA: DRA. ANA MARÍA PÉREZ GARCÍA

CODIRECTOR: DR. JOSÉ BERMÚDEZ MORENO

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría comenzar esta tesis ofreciendo mi agradecimiento a aquellos que han hecho posible su realización. En primer lugar, gracias a la Doctora Ana María Pérez García y al Doctor José Bermúdez Moreno, directora y codirector de mi tesis, por la gran ayuda prestada durante estos años. Me han guiado y asesorado en innumerables ocasiones para lograr que este proyecto sea como es hoy, pero siempre, al mismo tiempo, ofreciéndome libertad y autonomía en el desarrollo y la elaboración del trabajo, un equilibrio que me ha hecho que, con ellos, haya podido trabajar todo este tiempo con mucha comodidad y seguridad. Han depositado confianza en mis habilidades en el campo de la investigación en psicología, lo cual me ha ayudado enormemente a adquirir la seguridad de la que carecía en esta disciplina y siempre se han mostrado accesibles y cercanos.

Asimismo, me gustaría agradecer a la UNED, en especial a sus estudiantes, la ayuda que me han prestado participando en los grupos de control de esta tesis. Han sido dedicados y colaborativos, rasgos que, desde que empecé mi andanza en esta universidad con la licenciatura en psicología, he admirado en sus alumnos y profesores.

Me gustaría también agradecer a las asociaciones que han colaborado con este proyecto su interés amplio y genuino, que se ha traducido en la gran participación de pacientes en el grupo clínico. Considero especialmente importante recalcar el rol de estos últimos. Deseo agradecerles profundamente el tiempo que han dedicado a participar en este proyecto, su accesibilidad, la buena predisposición mostrada a involucrarse en todo lo relativo a su patología y su generosidad, al responder a cuestiones para ellos, probablemente, difíciles de abordar.

Por último, quiero agradecer a mi familia la paciencia y la comprensión que han mostrado, así como su apoyo, y los recursos que me han ofrecido para que yo pudiera

recorrer este camino, desde el inicio de mi licenciatura hasta la compleción de esta tesis y, en especial, por seguir apostando por mí, incluso en los momentos de mayores dudas.

Para C y B, con afecto inconmensurable.

ÍNDICE**CAPÍTULO I : INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO**

1. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Justificación de la tesis.....	8
1.2. Formato.....	12
2. MARCO TEÓRICO	13
2.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP).....	13
2.1.1. Trastornos de la personalidad.....	13
2.1.2. Historia de la clasificación diagnóstica del TLP	15
2.1.3. Definición según las principales clasificaciones diagnósticas actuales	16
2.1.4. Definición diagnóstica alternativa del <i>DSM-5</i>	19
2.1.5. Epidemiología y curso	25
2.1.6. Modelos explicativos	29
2.1.7. Métodos de evaluación	33
2.1.8. Tratamientos disponibles	34
2.2. PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA.....	39
2.2.1. Concepto de calidad de vida	39
2.2.2. Rasgos de personalidad y calidad de vida	42
2.2.3. Patrones de personalidad y calidad de vida	46
2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE	49
2.3.1. TLP y calidad de vida relacionada con la salud	49
2.3.2. TLP, calidad de vida y funcionalidad	52
2.3.3. Evaluación dimensional del TLP	55
2.3.4. Variables intermedias en el TLP: dos estudios sobre calidad de vida.....	59

CAPÍTULO II: PARTE EMPÍRICA**ESTUDIO 1: Trastorno Límite de la Personalidad, medido mediante el *Personality Inventory for DSM-5*, y calidad de vida: papel mediador de la satisfacción vital.**

1. RESUMEN.....	65
2. INTRODUCCIÓN.....	66
2.1. Importancia de los factores mediadores en la calidad de vida	66

3. MARCO TEÓRICO.....	71
3.1. Satisfacción vital.....	71
3.1.1. Satisfacción vital y calidad de vida.....	73
3.1.2. Satisfacción vital y TLP.....	75
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	80
4.1. Objetivo general	80
4.2. Objetivos específicos.....	80
4.3. Hipótesis planteadas	81
5. MÉTODO.....	81
5.1. Participantes.....	81
5.2. Instrumentos de medida	82
5.2.1. <i>The Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF)</i>	82
5.2.2. <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0.</i>	
(WHODAS 2.0)	85
5.2.3. Cuestionario de Salud SF-36 (<i>Short Form Health Survey; SF-36</i>).....	86
5.2.4. Escala de Satisfacción Vital (<i>Satisfaction with Life Scale; SWLS</i>).....	88
5.3. Procedimiento	89
5.4. Análisis estadístico.....	90
6. RESULTADOS	91
6.1. Análisis descriptivos y de comparación de grupos.....	91
6.2. Análisis del efecto de mediación.....	97
7. DISCUSIÓN.....	100
7.1. Comprobación de hipótesis	100
7.2. Limitaciones del estudio y direcciones futuras	114
ESTUDIO 2: Análisis del papel mediador del apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional en la calidad de vida de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.	
1. RESUMEN.....	120
2. INTRODUCCIÓN	121
2.1. Justificación Estudio 2.	121
3. MARCO TEÓRICO.....	126
3.1. Estrategias de afrontamiento.....	126

3.1.1. Estrategias de afrontamiento y calidad de vida	131
3.1.2. Estrategias de afrontamiento y TLP	135
3.2. Apoyo social percibido	140
3.2.1. Apoyo social percibido y calidad de vida	143
3.2.2. Apoyo social percibido y TLP	149
3.3. Optimismo disposicional	154
3.3.1. Optimismo disposicional y calidad de vida	157
3.3.2. Optimismo disposicional y TLP	162
4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS	168
4.1. Objetivo general	168
4.2. Objetivos específicos.....	168
4.3. Hipótesis planteadas	168
5. MÉTODO.....	170
5.1. Participantes.....	170
5.1.1. Grupo clínico.....	171
5.1.2. Grupo control	172
5.2. Instrumentos de medida	174
5.2.1. Escala <i>Brief COPE (BCOPE)</i>	174
5.2.2. Subescala de Apoyo Social Percibido del <i>Quality Of Life Questionnaire (QLQ)</i>	178
5.2.3. <i>Life Orientation Test-Revised (LOT-R)</i>	179
5.3. Procedimiento	181
5.4. Análisis estadístico.....	185
6. RESULTADOS	185
6.1. Análisis factorial del <i>BCOPE</i>	185
6.2. Análisis descriptivos y de comparación de grupos.....	190
6.3. Análisis de mediación.....	200
7. DISCUSIÓN.....	211
7.1. Comprobacion de hipotesis	211
7.2. Limitaciones del estudio y direcciones futuras.....	235

CAPÍTULO III: RESUMEN Y APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS

1. RESUMEN DEL TRABAJO REALIZADO.....	241
2. APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS.....	243
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	254
ANEXOS.....	301
Anexo 1. <i>Personality inventory for DSM-5</i> version abreviada (<i>PID-5-BF</i>)	301
Anexo 2. <i>World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0</i> . (<i>WHODAS 2.0</i>).....	304
Anexo 3. Cuestionario de Salud <i>SF-36</i>	308
Anexo 4. Escala de Satisfacción Vital (<i>Satisfaction with Life Scale, SWLS</i>)	314
Anexo 5. Plataforma online grupo clínico	315
Anexo 6. Plataforma online grupo control.....	316
Anexo 7. Consentimiento informado.....	317
Anexo 8. Presentacion de cuestionarios en las plataformas online.....	318
Anexo 9. Escala <i>Brief Cope (BCOPE)</i>	319
Anexo 10. Subescala de Apoyo Social del <i>Quality of Life Questionnaire (QLQ)</i>	321
Anexo 11. <i>Life Orientation Test Revised (LOT-R)</i>	322

LISTADO DE TABLAS**ESTUDIO 1**

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos	91
Tabla 2. Descriptivos (Media y Desviación típica) de los grupos clínico ($N = 138$) y control ($N = 124$), prueba de contraste entre grupos (t de Student) y tamaño del efecto (d de Cohen) y coeficiente de fiabilidad de las pruebas (α de Cronbach)	94
Tabla 3. Correlaciones de la personalidad patológica (medida con el <i>Personality Inventory for DSM-5</i>) y la satisfacción vital (medida con el <i>SWLS</i>) con la funcionalidad (medida con el <i>WHODAS 2.0</i>) y la calidad de vida (medida con el <i>SF-36</i>) en la muestra total ($N = 262$).	95
Tabla 4. Modelo final de las regresiones lineales múltiples jerárquicas y test de Sobel de efectos mediacionales de la satisfacción vital en las relaciones de la personalidad (<i>PID-5</i>) con los diferentes dominios de la calidad de vida medidos en los grupos clínico y control.	99

ESTUDIO 2

Tabla 5. Características del grupo clínico.	171
Tabla 6. Características del grupo control	173
Tabla 7. Subescalas que conforman el <i>BCOPE</i> y su definición.	175
Tabla 8. Análisis factorial del <i>BCOPE</i> en el grupo clínico ($N = 97$).	188
Tabla 9. Análisis factorial del <i>BCOPE</i> en el grupo control ($N = 95$).	189
Tabla 10. Descriptivos (Media y Desviación típica) de los grupos clínico ($N = 97$) y control ($N = 95$), rango posible de las puntuaciones, prueba de contraste entre grupos (t de Student) y tamaño del efecto (d de Cohen) y coeficiente de fiabilidad de las pruebas (α de Cronbach) en la muestra total ($N = 192$).	192
Tabla 11. Correlaciones del <i>WHODAS 2.0</i> con la personalidad, la satisfacción, el <i>LOT-R</i> , el apoyo social (<i>QLQ</i>) y los factores del <i>BCOPE</i> en la muestra total ($N = 192$).	196
Tabla 12. Correlaciones del <i>SF-36</i> con la personalidad, la satisfacción, el <i>LOT-R</i> , el apoyo social (<i>QLQ</i>) y los factores del <i>BCOPE</i> en la muestra total ($N = 192$).	198
Tabla 13. Efecto total, efecto directo y efectos indirectos específicos de la personalidad en las medidas de calidad de vida a través de los diferentes mediadores en el grupo clínico ($N = 97$).	203
Tabla 14. Efecto total, efecto directo y efectos indirectos específicos de la personalidad en las medidas de calidad de vida a través de los diferentes mediadores en el grupo control ($N = 95$).	206
Tabla 15. Efectos indirectos significativos, beta estandarizada, proporción de mediación y contraste entre efectos indirectos en el grupo clínico ($N = 97$).	209
Tabla 16. Efectos indirectos significativos, beta estandarizada, proporción de mediación y contraste entre efectos indirectos en el grupo control ($N = 95$).	210

LISTADO DE FIGURAS

Figura 1. Modelo de mediación simple	61
Figura 2. Modelo de mediación múltiple con 2 mediadores.	61
Figura 3. Modelo de mediación analizado en el Estudio 1	97
Figura 4. Diagrama conceptual del modelo de mediación múltiple paralela analizado en el Estudio 2.	202

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y MARCO TEÓRICO

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DE LA TESIS

El deseo de realizar un trabajo enmarcado en la línea de investigación de la personalidad, en concreto de la personalidad patológica, surgió de dos motivos principales. En primer lugar, del interés personal en este tipo de patologías, dada la peculiaridad y las características únicas que poseen estos trastornos donde, desde su entendimiento desde un continuo dimensional, se considera que producen un desajuste nocivo dentro de los propios rasgos de personalidad. Rasgos que, al fin y al cabo, son comunes a todos los individuos, solo que difieren en la fuerza y forma de su expresión, por lo que son trastornos que vulneran los límites de la psicopatología. Esto genera un marco para la investigación que es rico y amplio, además de extrapolable a otros grupos poblacionales, donde los resultados relevantes y las conclusiones que se extraigan podrían adaptarse para el beneficio de pacientes con otros trastornos de la personalidad e incluso de población comunitaria.

En segundo lugar, en el proceso de búsqueda de temas de interés para realizar este trabajo de investigación, detectamos que este grupo de pacientes requería una mejora apremiante de sus condiciones de vida, las cuales se presentaban como muy deterioradas. De esta necesidad surgió la segunda motivación para la realización de esta tesis: contribuir a ampliar el cuerpo teórico y empírico en relación a este trastorno, lo cual podrá derivar en el desarrollo de tratamientos o complementos que conduzcan a una mejora del estado de los pacientes que padecen una patología como el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), la cual, actualmente, parece suponer un reto para los especialistas en salud mental. Esto parece deberse a factores como la sensibilidad y la reactividad interpersonal que caracterizan a la patología y que pueden llegar a evocar incluso reacciones contraterapéuticas en los profesionales en este campo (McMain, 2015).

En concreto, el objetivo de esta tesis es conocer el estado de la calidad de vida (CDV) en el TLP, y las variables intervinientes en él. Esto ahonda en una temática que, actualmente, no cuenta con la suficiente investigación dedicada y que además requiere de enfoques nuevos que puedan generar avances cualitativos, dada la complejidad de este tipo de patologías, cuyos síntomas son además inflexibles y omnipresentes a través de las situaciones, lo que dificulta mucho la vida de estos pacientes. La bibliografía actual deja patente esta necesidad de cubrir un vacío en relación al TLP, en aspectos como la comorbilidad, el diagnóstico diferencial o la validación de instrumentos de medida (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017). Esto se vuelve más urgente al tener en cuenta que se trata de un trastorno psiquiátrico grave, en el que alrededor del 75% de los pacientes atenta contra sus vidas, y el 10% logra culminar el suicidio (Black et al., 2004).

Aunque el Trastorno Límite de la Personalidad ha sido objeto de numerosas investigaciones aún puede considerarse como uno de los grandes olvidados, quizás por el estigma o la reputación negativa que parece haber cosechado entre la población en general y también entre los profesionales de la salud mental. Este hecho queda plasmado en el estudio de Zimmerman y Gazarian (2014), el cual compara el importe de las subvenciones recibidas para el TLP con las recibidas para la investigación del trastorno bipolar en los últimos 25 años en Estados Unidos, encontrando que en términos financieros se había aportado 10 veces más al estudio del trastorno bipolar que al del Trastorno Límite. Datos como este reflejan que es una patología aún relativamente desconocida, que merece ser investigada con más frecuencia y probablemente en mayor profundidad, lo cual pretendemos en esta tesis.

Esto también puede deberse, como sugieren Latalova et al. (2015), a una convicción sobre la incurabilidad del trastorno y a la creencia de una naturaleza manipuladora en la automutilación y otros síntomas típicos de la patología, que conducen a pasar por alto los rasgos más relevantes del paciente. Recalcan también

que un considerable porcentaje de médicos trata de evitar el contacto con estos pacientes. Estas reacciones parecen surgir, en cierta medida, del comportamiento desadaptativo del paciente; sin embargo, son en parte el resultado de prejuicios y estereotipos negativos. Knaak et al. (2015) mencionan también la existencia de una tendencia a percibir a estos pacientes como manipuladores, peligrosos y con más control sobre sus conductas que el resto de pacientes. Si no se profundiza en la patología, este desconocimiento puede llevar a que nunca consigan el tratamiento que merecen y que queden relegados a un segundo plano y su condición se cronifique. Aumentar el número de estudios en este campo puede ayudar a reducir el estigma que existe hacia esta enfermedad, tanto interno como externo, teniendo en cuenta que ambos son un obstáculo para que los pacientes reciban los cuidados adecuados. El estigma externo, suele derivar en que el paciente pierda la confianza en que pueda recuperarse y decida terminar el tratamiento de manera temprana, ya que no logra de forma efectiva la alianza terapéutica (Knaak et al., 2015). Por otro lado, según Quenneville et al. (2020) el estigma interno, la mala imagen que el paciente posee sobre su propia enfermedad, también constituye una preocupación importante en las enfermedades mentales. Tiene numerosas repercusiones en los pacientes, entre ellas la baja autoestima, la mayor gravedad de la enfermedad, la reducción del funcionamiento global y un alto nivel de angustia.

Que existan este tipo de escollos para acceder y disfrutar de un tratamiento adecuado es muy problemático, sobre todo, si agregamos a la ya de por sí difícil situación de estos afectados, el gran sufrimiento que está también presente en su entorno. El estudio de Bailey y Grenyer (2014) evaluó a cuidadores de personas con TLP y encontró que la carga y el malestar que presentan podía considerarse significativamente más elevado que aquel de cuidadores de personas con otras enfermedades mentales serias, además manifestaban más ansiedad, síntomas de estrés postraumático y problemas en el estado de ánimo. Giffin (2008) también encontró

que los miembros de las familias de pacientes con TLP presentaban estrés crónico y traumático. Los roles y las relaciones familiares eran tensas, al igual que las relaciones entre la familia y el sistema de salud mental. Los resultados de este estudio indican que el tratamiento del TLP debe adoptar un enfoque sistémico que tenga en cuenta a los individuos y sus relaciones familiares significativas, así como las relaciones entre la familia y los proveedores de tratamiento. Esto nos hace concluir que mejorar las condiciones de los pacientes también mejorará indirectamente las de sus allegados. No prestar la atención suficiente a este trastorno puede tener consecuencias severas más allá de las que tiene para el propio paciente.

La necesidad de investigar este trastorno radica asimismo en el gran uso que hacen de los servicios sanitarios las personas que padecen esta enfermedad y, por lo tanto, el alto coste que suponen para la sanidad pública. Cailhol et al. (2013) compararon el uso de servicios de salud por parte de un grupo de adolescentes con personalidad límite, con el uso por parte de un grupo de controles, encontrando que aquellos con Trastorno Límite lo utilizaban con más frecuencia, el 79% como paciente interno y el 98% como paciente externo. Además, se considera probable que sea la patología que más presencia tiene en las unidades de salud mental ya que, por ejemplo, en Estados Unidos, aunque representa únicamente el 4% en la comunidad, el TLP está presente en un 20% en las poblaciones clínicas (Kernberg y Michels, 2009).

La urgencia de conocer a fondo esta enfermedad para desarrollar terapias adecuadas radica también en que la psicoterapia sigue siendo el tratamiento principal y básico para esta patología, por encima del tratamiento farmacológico, el cual puede ser de ayuda para tratar síntomas específicos, pero no se contempla como tratamiento único (American Psychiatric Association, [APA], 2001). Por ende, éstas deben ser efectivas, apoyadas en un sólido respaldo teórico y empírico y estar actualizadas, lo que requiere una mayor dedicación a las publicaciones y que éstas aporten nuevos enfoques y el estudio de variables novedosas que puedan ser de importancia dentro de este trastorno.

Debido a lo comentado en este apartado, parece menester descubrir una manera eficiente de tratar esta condición, siendo el camino para ello la investigación. Será importante el estudio de nuevos métodos de tratamiento o diagnóstico, como del instrumento "*Personality Inventory for DSM-5*" (APA, 2013), que utilizaremos en este estudio para evaluar la presencia del trastorno, por otorgar dimensionalidad a su diagnóstico, así como el estudio de variables por ahora mayormente obviadas en relación al TLP, como aquellas relacionadas con factores psicosociales, a las cuales atenderemos también es esta tesis.

Por lo tanto, podemos resumir que la justificación de esta tesis radica, además de en un interés personal por estas patologías, en una necesidad real que justifica el que se realicen más investigaciones sobre TLP.

1.2. FORMATO

Esta tesis se dividirá en un total de 3 capítulos. El **Capítulo I** engloba tanto esta introducción como el marco teórico del proyecto, el cual aborda 3 grandes bloques: (1) Trastorno Límite de la Personalidad, (2) Personalidad y calidad de vida, y (3) Antecedentes en la investigación en el TLP.

El **Capítulo II** está dedicado a la parte empírica de este proyecto y se compone del desarrollo completo de dos estudios de investigación, los cuales comparten objetivos y perspectivas comunes: **Estudio 1:** Trastorno Límite de la Personalidad, medido mediante el *Personality Inventory for DSM-5*, y calidad de vida: papel mediador de la satisfacción vital, **Estudio 2:** Análisis del papel mediador del apoyo social percibido, las estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional en la calidad de vida de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

El **Capítulo III** incluye un resumen del trabajo realizado en ambos estudios y detalla las aportaciones de los mismos. Por último, se encuentran las referencias y los anexos.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD (TLP)

2.1.1. TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

La personalidad se define como una combinación de características y cualidades que forman a una persona; las diferencias individuales que constituyen a cada persona y la distinguen de otra (Real Academia Española, 2001). Para la definición de este constructo en el ámbito de la psicología, tomamos prestadas las palabras de los autores Pérez-García y Bermúdez (2011) que consideran que la personalidad:

“hace referencia a la forma de pensar, percibir o sentir de un individuo, que constituye su auténtica identidad, y que está integrada por elementos de carácter más estable (rasgos) y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos más vinculados con la situación y las influencias socioculturales, y por lo tanto, más cambiables y adaptables a las peculiares características del entorno, que determinan, en una continua interrelación e interdependencia, la conducta del individuo, tanto lo que podemos observar desde fuera (conducta manifiesta), como los nuevos productos cognitivos, motivacionales o afectivos (conducta privada o interna), que entrarán en juego en la determinación de la conducta futura (cambios en expectativas, metas, estrategias, valoración de las situaciones, etc.)” (p.34).

En los trastornos de la personalidad se encuentra un patrón inflexible, persistente y estable a lo largo del tiempo, de experiencias internas y comportamientos que se desvían marcadamente de las expectativas de la cultura del individuo, suponen un malestar subjetivo o un deterioro de funcionamiento para las personas que los padecen, y se presentan generalmente en la adolescencia o al inicio de la edad adulta. Este patrón puede manifestarse en cuatro elementos básicos: en la manera de pensar (cognición), en la forma de sentir (afectividad), en las relaciones interpersonales y/o en el control de

impulsos (APA, 2013). Por lo tanto, en el caso de padecer este tipo de trastorno, se podría considerar que las características y atributos que nos definen y que constituyen la personalidad se tornan hacia la vertiente maladaptativa del continuo en el que se desplazan los rasgos de la personalidad, afectando a estos cuatro elementos básicos.

En la quinta edición del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5* (APA, 2013), los trastornos de la personalidad pueden clasificarse en 3 grupos: el *grupo A*, el extraño o el excéntrico; el *grupo B*, el dramático, emocional o errático y el *grupo C*, el ansioso o temeroso; llamados así habitualmente por el tipo de trastornos que engloban.

Un evento importante en la historia de los trastornos de la personalidad fue la publicación de la tercera edición del *DSM* (APA, 1980), en ese momento se cambió a un sistema de clasificación multiaxial donde los trastornos de la personalidad se consideraron dentro de su propio eje (*Eje-II*) y se separaron de los síndromes clínicos del *Eje-I*. A pesar de que actualmente ya se haya abandonado este sistema multiaxial de clasificación, por contar con poca evidencia científica y por implementar tácitamente una división de los trastornos entre aquellos que se consideró que presentaban heredabilidad y aquellos fomentados por el entorno, en su momento, la introducción de esta separación otorgó a los trastornos de la personalidad una entidad propia, lo que aumentó el interés por estas patologías y fomentó el desarrollo de su estudio durante 30 años (Widiger, 2012).

Aunque se abogue actualmente por eliminar este tipo de divisiones, es innegable que la misma índole de estas patologías hace que presenten características únicas. La más genuina parece ser que sus síntomas son egosintónicos y parecen estar imbuidos en la propia personalidad del sujeto. Son trastornos especialmente intrincados, ya que se funden con la propia identidad del individuo haciendo que aquello que es definitorio de la persona sea también lo que induce sufrimiento (Delisle, 2011). Son, por lo tanto,

estructuras o enfermedades extremadamente complejas que difícilmente pueden entenderse unidimensionalmente.

2.1.2. HISTORIA DE LA CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DEL TLP

Ya que en esta tesis ahondaremos sobre la propuesta híbrida de diagnóstico recogida en la *Sección III* del *DSM-5*, consideramos oportuno recapitular el trayecto de la clasificación del trastorno a lo largo de la historia de este manual.

A principios del siglo XX el cuerpo médico comenzó a presentar interés por pacientes que ahora definiríamos como poseedores de rasgos TLP. Se creyó que estos pacientes caían en algún tipo de frontera entre la psicosis y la neurosis, por lo que Adolph Stern en 1938 acuñó el término “*borderline*” para referirse a este perfil psicológico; probablemente influido por las teorías psicoanalíticas de Freud. Después de Stern muchos autores hablaron de los pacientes con esta sintomatología en sus propios términos (Stanley y New, 2018).

En 1952 los síntomas del TLP tendrían su lugar en el *DSM-I* (APA, 1952) bajo dos nombres: *personalidad emocionalmente inestable* y *personalidad ciclotímica*. Entre los criterios para diagnosticar una personalidad emocionalmente inestable se incluía que el individuo reaccionara con excitabilidad e inefectividad cuando se enfrentara a un estrés menor, que su juicio fuera poco fiable bajo estrés y sus relaciones con otros tensas, con emociones que fluctúan continuamente debido a una fuerte y pobremente controlada hostilidad, culpa y ansiedad. Por su parte, la personalidad ciclotímica era aquella que presentaba frecuentes alteraciones del ánimo oscilando entre júbilo y tristeza (APA, 1952).

El *DSM-II* (APA, 1968) retiene el concepto de personalidad ciclotímica y añade el término personalidad explosiva, donde se manifiestan ataques de ira verbal o física

que difieren de la actitud habitual del paciente.

En 1980 se publica el *DSM-III* y se consigue un perfil prácticamente idéntico al Trastorno Límite tal y como lo definiríamos con los criterios diagnósticos actuales. Para obtener un diagnóstico de TLP el sujeto debía presentar 5 o más de las siguientes características: impulsividad o impredecibilidad, relaciones intensas e inestables, ira intensa e inapropiada o falta de control sobre esa ira, perturbación de la identidad, inestabilidad afectiva, intolerancia a estar solo, actos de daño físico a uno mismo y/o sentimientos crónicos de aburrimiento o vacío (APA, 1980).

El *DSM-III-R* de 1987 mantiene los mismos criterios diagnósticos, únicamente sustituyendo la intolerancia a estar solo por esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado (APA, 1987).

A partir de aquí los criterios diagnósticos permanecieron inalterados. El *DSM-IV* y *DSM-IV-TR* únicamente añaden un noveno criterio al diagnóstico del TLP: la ideación paranoide o síntomas disociativos severos relacionados con el estrés (APA, 2000).

2.1.3. DEFINICIÓN SEGÚN LAS PRINCIPALES CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES

En la actualidad el TLP se considera un trastorno psiquiátrico grave, cuya piedra angular puede considerarse su patrón recurrente de inestabilidad en las relaciones personales, la marcada impulsividad, y las distorsiones de la autoimagen que se presentan en varios contextos de sus vidas, ya que son individuos muy sensibles a las circunstancias que acontecen en su entorno. Entre sus características más destacables se encuentra también una severa discapacidad funcional, alto riesgo de suicidio, alto riesgo de intento de suicidio y de culminación del suicidio (Black et al., 2004), uso extenso de tratamientos y un empeoramiento del curso de otros trastornos depresivos que puedan también estar

presentes (Leichsenring et al., 2011).

En la categorización oficial del *DSM-5*, el Trastorno Límite de la Personalidad se encuentra en el *grupo B* de los trastornos de la personalidad de tipo dramático, emocional y/o errático que comparten los problemas con el control de impulsos y la regulación emocional (Hoermann et al., 2015).

En concreto, para el diagnóstico del Trastorno Límite de la Personalidad según el *DSM-5* se deben presentar cinco o más de los siguientes criterios que deben presentarse en la adolescencia tardía o la adultez temprana y ser coherente en distintos contextos (APA, 2013):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
2. Un patrón inestable e intenso de relaciones interpersonales.
3. Perturbaciones de la identidad, con una marcada y persistente inestabilidad en la propia imagen.
4. Impulsividad en dos áreas que son potencialmente dañinas. (Ej: gastos excesivos, sexo sin protección, abuso de sustancias, conducción temeraria o atracones de comida entre otros).
5. Comportamientos o gestos suicidas recurrentes, amenazas o conductas autolesivas.
6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad en el estado de ánimo.
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira inapropiada, intensa o dificultad para controlar la ira.
9. Ideación paranoide o síntomas disociativos relacionados con el estrés.

Como características adicionales que pueden apoyar el diagnóstico, el *DSM-5* tiene en cuenta comportamientos como un patrón de autosabotaje a la hora de estar a punto de lograr una meta, como justo antes de graduarse, regresión en terapia cuando

empiezan a notarse los progresos o destrozar relaciones aun cuando tienen el potencial para durar. Parecen sentirse más seguros con objetos de transición como animales de compañía u objetos inanimados que en las relaciones con otras personas. Se presentan pérdidas recurrentes de empleo, el cese de la educación, y los divorcios y separaciones son comunes.

Por su parte, la décima versión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (*CIE-10*) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera el Trastorno Límite como un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y distingue dos subtipos, el tipo *impulsivo* para el cual se debe presentar tres de los siguientes criterios, uno de los cuales debe ser el número dos (OMS, 1992):

1. Marcada predisposición a actuar de forma inesperada y sin tener en cuenta las consecuencias.
2. Marcada predisposición a un comportamiento pendenciero y a tener conflictos con los demás, en especial cuando los actos impulsivos propios son impedidos o censurados.
3. Predisposición para los arrebatos de ira y violencia, con incapacidad para controlar las propias conductas explosivas.
4. Dificultad para mantener actividades duraderas que no ofrezcan recompensa inmediata.
5. Humor inestable y caprichoso.

Y el subtipo *limítrofe* para cuyo diagnóstico se debe presentar al menos tres de los síntomas anteriores y dos de los siguientes:

1. Alteraciones y dudas acerca de la imagen de sí mismo, de los propios objetivos y preferencias íntimas (incluyendo las preferencias sexuales).
2. Facilidad para verse implicados en relaciones intensas e inestables, que a

menudo terminan en crisis sentimentales.

3. Esfuerzos excesivos para evitar ser abandonados.
4. Reiteradas amenazas o actos de autoagresión.
5. Sentimientos crónicos de vacío.

Se ha presentado en mayo de 2019 ante la Asamblea Mundial de la Salud una nueva versión del *CIE (CIE-11)*, que propone una nueva perspectiva dimensional para diagnosticar los trastornos de la personalidad, no obstante, no la expondremos en este apartado, ya que ésta entrará en vigor el 1 de enero de 2022.

2.1.4. DEFINICIÓN DIAGNÓSTICA ALTERNATIVA DEL *DSM-5*

Estas dos formas diagnósticas suponen un enfoque categorial, donde si el paciente cumple una cantidad necesaria de criterios de la lista de síntomas podría considerarse que padece Trastorno Límite. Estas listas de síntomas pretenden capturar patrones patológicos consistentes y propios para cada trastorno en las áreas afectiva, conductual, cognitiva e interpersonal del paciente. No obstante, se quedan en una dicotomía reduccionista basada en la presencia o ausencia del trastorno. La clasificación actual es también individualista, al no asumir que el trastorno puede solapar con otros trastornos, y de corte independiente, ya que al ignorar este solapamiento no se tiene en cuenta que el tener un trastorno puede aumentar la posibilidad de padecer otro trastorno.

Parece también obviarse la existencia de una elevada heterogeneidad dentro del mismo diagnóstico, donde existe una gran cantidad de idiosincrasias y perfiles de síntomas válidos para que se considere que se padece cierto trastorno. Por ejemplo, existen 256 maneras para ser diagnosticado de TLP en base a los nueve criterios del modelo de diagnóstico actualmente vigente en el *DSM-5*, lo que nos conduciría a un número equivalente de fenotipos para este trastorno (Hick et al., 2017).

Para intentar paliar estas deficiencias, el *DSM-5* en su *Sección III* incluye una propuesta híbrida dimensional-categorial de diagnóstico que no fue aceptada para el manual principal, ya que aún se requiere de más investigación. Pretende permitir a los terapeutas evaluar y diagnosticar un trastorno de la personalidad apoyándose también en las dificultades propias que presenta cada paciente en el funcionamiento de su personalidad y prestando atención a los patrones concretos que manifiestan esos rasgos patológicos (APA, 2013).

Por el contrario, la manera categorial del *DSM-IV* y aún vigente en el *DSM-5*, (ya que lo planteado en la *Sección III* aún está en desarrollo), de diagnosticar el Trastorno Límite (5 de 9 de los criterios diagnósticos) conduce al uso de etiquetas y a dar un diagnóstico equivalente a pacientes que presentan características patológicas heterogéneas, obviando el uso de un enfoque clínico y terapéutico personalizado (Rebok et al., 2015). Esto supone una manera arbitraria de diagnóstico que nos conduce a plantearnos las siguientes preguntas: ¿por qué han de cumplir 5 criterios diagnósticos y no otra cantidad para considerar que padecen este trastorno?, ¿deberían algunos criterios tener más peso que otros a la hora de evaluar la patología? Incluso el concepto de remisión plantearía incógnitas, ya que ésta se alcanzaría cuando el paciente cae bajo el umbral necesario de criterios diagnósticos para padecer la enfermedad; sin embargo, la problemática en la estructura de la personalidad en estos sujetos tiende a persistir, así como los fallos en su organización (Oldham, 2005) que podrían, por lo tanto, mantenerse y requerir de tratamiento, aunque ya no se cumplan los requisitos para el diagnóstico de TLP.

Debemos tener en cuenta también que una clasificación categorial es adecuada, únicamente, si consideramos a los trastornos de una clase diagnóstica como homogéneos, si existen unos límites definidos de manera clara entre las categorías y si el pertenecer a una clase excluye la posibilidad de pertenecer a otra clase diagnóstica diferente (Sandín et al., 2012). Esto no ocurre si tenemos en cuenta la elevada

comorbilidad, el solapamiento entre trastornos, y la existencia de características transdiagnósticas; distintos rasgos de personalidad o procesos mentales subyacentes compartidos por distintas enfermedades, las cuales no son conceptos concretos ni absolutos. Esta comorbilidad se hace muy patente en los trastornos de la personalidad, lo que merma la utilidad científica de las categorías diagnósticas actuales del *DSM*. También nos enfrenta al problema de sobre-inclusión y de infra-inclusión, una situación planteada por Hick et al., en su artículo del 2017. La sobre-inclusión ocurre cuando las categorías diagnósticas pueden englobar a sujetos que difieren en el patrón en el que se presentan sus síntomas y en la base etiológica de su patología. Por otro lado, nos encontramos al mismo tiempo con infra-inclusión; el conjunto de síntomas identifica a un grupo de sujetos que comparte características de un trastorno de personalidad, pero obvia los subgrupos que existen dentro de ese mismo colectivo y que son diferentes entre sí en la manifestación del trastorno. Por lo tanto, como mencionan Skodol et al. (2011), intentar categorizar de este modo un trastorno como el TLP sería ignorar su alta comorbilidad y heterogeneidad intradiagnóstica, su destacada inestabilidad temporal y la falta de un límite consistentemente definitivo entre lo que se consideraría una personalidad normal y la personalidad patológica.

Para dar respuesta a estas cuestiones, la propuesta sugerida en la *Sección III* del *DSM-5* propone diagnosticar la personalidad patológica a partir de cinco criterios, los dos primeros se centran en medir los problemas en funcionalidad y los rasgos patológicos de la personalidad en un continuo y son los criterios determinantes que permitirán el diagnóstico de un trastorno de la personalidad. Como veremos a continuación en su descripción, no es un enfoque totalmente dimensional, sigue teniendo ciertos aspectos categoriales. No obstante, hay que otorgarle que añade cierta dimensionalidad, ya que permite explorar las diferencias individuales y se aleja de los puntos de corte y los umbrales artificiales. Aporta también especificidad al conocer el grado en que la patología afecta a la funcionalidad del individuo y, por ende, nos indica

su severidad. Asimismo, considera el grado en el que se manifiestan los rasgos de personalidad patológicos en lugar de los síntomas para diagnosticar un trastorno otorgándole flexibilidad.

Pero podríamos considerar que su mayor logro es dejar patente que existe una toma de conciencia sobre la necesidad de un cambio nosológico. Consideramos que utilizar estas escalas que proponen integrar nuevos enfoques son importantes, ya que los instrumentos de medición desempeñan un papel clave en la investigación, la práctica clínica y la evaluación de la salud mental. Intentar iniciar un cambio paradigmático en el diagnóstico y la organización del conocimiento psiquiátrico, e instigar la formulación y consolidación de teorías que intenten explicar el porqué de cuestiones como las abrumadoras tasas de comorbilidad es el camino para resolver las cuestiones que hemos planteado, y dilucidar si los trastornos mentales podrían ser la manifestación fenotípica de una serie de mecanismos esenciales (Krueger y Eaton, 2015) o, en el caso de los trastornos de la personalidad, de rasgos desadaptativos, además de otros mecanismos intervinientes.

Únicamente 6 trastornos se incluyeron en este modelo alternativo de diagnóstico, entre ellos el TLP. Para que se reciba el diagnóstico de uno de estos trastornos debe existir una discapacidad moderada, severa o extrema en el funcionamiento de la personalidad (*criterio A*). El *criterio B* se utiliza para describir el estilo/tipo de trastorno de la personalidad o las dificultades de personalidad.

El **criterio A** se refiere a la evaluación del grado de disfuncionalidad de la personalidad en las dimensiones de identidad y autodirección (componente de la propia persona), y de empatía e intimidad (componente interpersonal), utilizando para ello el instrumento *Level of Personality Functioning Scale (LPFS)*. Para que un trastorno sea diagnosticado este debe provocar falta de funcionalidad, discapacidad o problemas en el sujeto; la falta de funcionalidad debe de ser en relación con uno mismo y en relación

con los otros.

Para satisfacer el **criterio B** se utiliza el instrumento que evaluaremos en nuestro estudio, el *Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)*, que mide los rasgos de personalidad patológicos, y está compuesto por 5 rasgos de orden superior y 25 facetas de orden inferior. Hay que tener en cuenta que este inventario mide la frecuencia/severidad de los rasgos, ya que aparte de la puntuación total, cada puntuación individual indica el grado de disfuncionalidad en ese rasgo específico de personalidad, lo que permite conocer el patrón único de cada paciente.

Los 5 rasgos de personalidad de orden superior de este instrumento están en la polaridad patológica de los presentados por el *Modelo de los Cinco Factores de Personalidad* (De Raad, 2000). Entre los rasgos de este modelo y los de este instrumento se encuentra toda una gama de fenotipos de personalidad oscilando dentro de un continuo.

El resto de criterios aluden a la estabilidad situacional y temporal de estas características y al descarte de un posible diagnóstico diferencial (APA, 2013).

La importancia de la severidad con la que se presentan los rasgos patológicos de personalidad queda reflejada en el estudio de Hopwood et al. (2012) que encontró que al evaluar una dimensión general de severidad ésta predecía significativamente, en un seguimiento de un año, las variables relacionadas con problemas de funcionalidad en personas con Trastorno Límite. Se recalca también la importancia y la distinción entre “estilo” y “severidad” dentro de la misma patología.

En cuanto a la heterogeneidad dentro del trastorno se han propuesto distintos estilos o patrones de personalidad límite. Oldham (2005) propuso distintos subtipos de *borderline*: afectivo, impulsivo, agresivo y dependiente. Por su parte Millon (2004) creó su propia distinción de los subtipos de personalidad límite, los cuales serían: el desanimado, que incluiría rasgos evitativos; el petulante, con rasgos negativistas; el

impulsivo con características histriónicas y antisociales; y el autodestructivo que presentaría rasgos predominantemente depresivos.

Por otro lado, Hawkins et al. (2014) también pretendían estudiar la heterogeneidad analizando la estructura factorial del Trastorno Límite de la Personalidad. Estos autores pretendían desvelar la estructura del TLP a través de distintos periodos de tiempo y utilizando diferentes métodos de evaluación con el objetivo de otorgarle al trastorno esa diversidad que le había sido negada en el *DSM*; según los autores, el manual lo considera unitario y le arrebató sus subtipos o facetas clínicamente significativas. Sin embargo, en contra de otro tipo de estudios e hipótesis al respecto, en esta investigación se llegó a la conclusión de que el TLP es un trastorno unidimensional y que existe un perfil patológico coherente y unitario entre los pacientes. Esta falta de consenso pone de manifiesto la necesidad de seguir analizando e indagando en la posible estructura y expresión de este trastorno.

Aunque, como hemos señalado, existen diferencias a la hora de establecer una clasificación comúnmente aceptada de los distintos subtipos del TLP y falte por desentrañar la estructura definitiva del trastorno, lo que no puede obviarse es el hecho de que siempre existirá cierto grado de dimensionalidad, así como diferencias dentro de la misma patología. Estas diferencias se manifiestan tanto a nivel interpersonal como intrapersonal; cada paciente despliega una severidad diferente del trastorno que afecta de forma única a su nivel de funcionalidad, pero el nivel de gravedad también fluctúa dentro del mismo paciente en su curso personal de la enfermedad.

En nuestro estudio aceptaremos la existencia de distintos subtipos de Trastorno Límite en cuanto a severidad, frecuencia de la manifestación y a la presencia de rasgos más predominantes que otros en los diferentes sujetos con este trastorno, por ello, utilizaremos el *Personality Inventory for DSM-5* para medir los rasgos de personalidad. Trabajaremos desde un enfoque dimensional y aceptando a los trastornos de

personalidad como la expresión extrema de un patrón de rasgos inherentes a todas las personas, considerando que ocurre un funcionamiento patológico de la personalidad, acompañado de discapacidad y malestar, cuando un rasgo adaptativo se expresa de forma extrema o exagerada (Oldham y Morris, 1995).

2.1.5. EPIDEMIOLOGÍA Y CURSO

El estudio del *Instituto Nacional de Salud Mental de Estado Unidos* indica que la tasa de prevalencia a lo largo de la vida para este trastorno es del 2-6% en el caso de la atención primaria, 10% en los sujetos atendidos en clínicas externas de salud mental y 20% de pacientes psiquiátricos internos, y que no existen diferencias significativas entre el porcentaje de hombres y mujeres que lo padecen (Grant et al., 2008). La mayoría de estudios encuentran que el TLP está presente en 1–3% de muestras no clínicas (Stanley y New, 2018). El estudio de Tomko et al. (2014), con una muestra total de 34.481 participantes, estimó que el 2.7% de la población estadounidense presentaba rasgos de TLP, con tasas ligeramente superiores en mujeres. Aunque en la población clínica las mujeres representan el 70% de los pacientes, quizás porque las mujeres tienden más a buscar ayuda (Gunderson y Links, 2008).

En cuanto a la prevalencia en España, también hacen falta más estudios y con muestras de gran tamaño para extraer conclusiones fiables. La prevalencia en la población general del TLP se sitúa entre un 1-2%, mientras que en los pacientes ambulatorios y en los hospitalizados se sitúa entre el 11-20% y el 18-32% respectivamente. Según los datos extraídos de poblaciones españolas, el TLP es tres veces más frecuente en mujeres, con una mayor prevalencia cuando se asocian un entorno urbano y un bajo nivel socioeconómico. En cuanto a la edad de diagnóstico del TLP, ésta se sitúa entre los 19-32 años (García et al., 2010).

Por otro lado, el estudio de Aragonés et al. (2013), realizado con las bases de

datos informatizadas de las historias clínicas de atención primaria registradas en el *Instituto Catalán de la Salud*, encontró que la prevalencia del TLP registrada es del 0,017%, y es mayor en los pacientes con otros trastornos mentales, particularmente trastornos por abuso de sustancias (0,161%). Añade que los pacientes con Trastorno Límite duplican las visitas al médico general de la población general (8,1 frente a 4,4).

En lo que respecta a las diferencias según el género, parece que hay divergencias en el tipo de síntomas que expresan mayoritariamente hombres y mujeres. Sansone y Sansone (2011) analizaron los patrones diferenciales según el género en el TLP y descubrieron que los hombres mostraban mayor abuso de sustancias junto con un mayor uso de tratamientos para este abuso, más características antisociales, y más temperamento en las relaciones. Por su parte, las mujeres muestran mayores problemas alimenticios, de ánimo, ansiedad y rasgos de estrés postraumático, así como un uso superior de las psicoterapias y farmacoterapias. El estudio de Sher et al. (2018) encontró también divergencias en el género. Los hombres con TLP eran más propensos a tener trastornos de personalidad narcisistas, antisociales, paranoicos y esquizotípicos comórbidos, trastornos de uso de alcohol y sustancias, pero menos propensos a tener trastornos de personalidad dependientes y obsesivo-compulsivos en comparación con las mujeres que padecían este trastorno. También existió en los hombres una tendencia hacia una mayor letalidad en los intentos de suicidio, pero no hubo diferencias con respecto a la proporción o al número de intentos de suicidio.

En relación con la edad de inicio, hay que tener en cuenta que la mayoría de los estudios se han realizado con muestras de adultos, y que existe mucho recelo por parte de los profesionales a la hora de diagnosticar TLP antes de los 18 años. Pero existen varios estudios retrospectivos en adultos con esta patología que parecen indicar que en su infancia y adolescencia mostraban signos del trastorno. El estudio de Zanarini et al. (2001) encontró que la mayoría de los pacientes con Trastorno Límite informan que fue alrededor de los 13 años cuando comenzaron a sentirse enfermos psiquiátricamente.

Se ha encontrado también una presencia significativamente mayor del Trastorno Límite de la Personalidad entre sujetos que presentaban un estado civil de separado, divorciado o viudo, al igual que en aquellos que presentaban un nivel educativo bajo y pocos ingresos, aunque estos resultados no se vieron afectados según el sexo. Sin embargo, se requieren más investigaciones para descubrir si estos patrones sociodemográficos son indicadores fiables de mayores tasas de TLP (Grant et al., 2008).

En lo que respecta a su curso y desarrollo, el patrón más habitual es el de una inestabilidad crónica en múltiples contextos con inicios en la adultez temprana. Se considera un síndrome heterogéneo, difícil de delimitar, con presentaciones clínicas y del comportamiento que varían entre individuos y entre los distintos momentos de evolución de un mismo paciente. El suicidio está presente en estos sujetos, y en mayor porcentaje en aquellos que presentan patologías comórbidas de tipo depresivo o abuso de sustancias tanto ilegales como prescritas. Las enfermedades que suelen presentarse junto al TLP son los trastornos bipolares, los trastornos alimenticios y el trastorno por estrés postraumático, así como el abuso de sustancias y el de déficit de atención por hiperactividad y otros trastornos de la personalidad (Tomko et al., 2014).

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) ha estado especialmente ligado al TLP, aunque los estudios epidemiológicos han concluido que, a pesar de ser comórbido con la personalidad *borderline*, no se presenta más en este trastorno que en otros trastornos de personalidad como antes se pensaba; tampoco se conocen los mecanismos subyacentes a este diagnóstico conjunto, ni si uno es un factor de riesgo para padecer el otro. Lo que sí se sabe es que los que presentan la patología dual tienen más falta de funcionalidad psicosocial y severidad psicopatológica (Frías y Palma, 2015). También se ha encontrado que los traumas múltiples e interpersonales pueden tener un papel único en el desarrollo de características comórbidas del TLP-TEPT, particularmente en la desregulación de las emociones (Jowett et al., 2020).

En cuanto a aquellos que sufren también depresión, parece que la depresión en pacientes con TLP presenta una experiencia subjetiva diferente, distintos síntomas, diferente respuesta al tratamiento, predictores de remisión y riesgo de suicidio. La depresión conjunta con el Trastorno Límite tiende a ser más severa, motivada por el caos interpersonal y también más persistente que el trastorno de depresión mayor (Yoshimatsu y Palmer, 2015).

El curso de este trastorno es menos estable que el que se puede esperar para el resto de trastornos de la personalidad (Leichsenring et al., 2011). No obstante, en una progresión de 10 años en pacientes con TLP se presentan altas tasas de remisión acompañadas de bajas tasas de recaídas, aunque la disfuncionalidad severa a nivel social persiste y los problemas para mantener un empleo fijo (Gunderson et al, 2011). Este estudio también comparó el curso de la psicopatología en el TLP y su funcionamiento social con otros trastornos de la personalidad y el trastorno depresivo mayor a lo largo de 10 años. A pesar de que existía una mejora significativa de manera general en el funcionamiento, esta era mucho menor comparada con la mejora que presentaba el grupo TLP en las medidas de psicopatología. También se encontró que estos pacientes mejoraron más que aquellos en los grupos comparativos, pero seguramente fue un reflejo de su peor funcionamiento en línea base.

Por lo general, gran número de rasgos del TLP correlacionan inversamente con la edad, la caída más pronunciada de los síntomas se presenta tras la edad de 44 años, y la disfuncionalidad que produce este trastorno en varias áreas de la vida, al igual que el riesgo de suicidio, son mayores en los años de juventud y se van desvaneciendo a medida que estos pacientes envejecen, lo que significaría que el TLP podría no poseer el carácter crónico que antes se le otorgaba (Grant et al., 2008). No obstante, también podría ser que la expresión de la enfermedad varíe según la franja de edad, presentándose una menor conducta impulsiva con el paso de los años debido a algo normal que suele ocurrir con el transcurso del tiempo.

Stepp y Pilkonis (2008) estudiaron las diferencias en las manifestaciones del TLP en distintos grupos de edad. Los comportamientos suicidas y la conducta impulsiva se veían significativamente afectados por la edad. El grupo TLP vio reducidos estos dos comportamientos en comparación con otros trastornos de personalidad y la falta de trastorno. No obstante, el malestar emocional, el cual era más alto en el grupo TLP que en cualquier otro grupo, no se vio disminuido con la edad; esto llevó a los autores a la conclusión de que, aunque en el Trastorno Límite de tipo adulto existen menos conductas impulsivas, sus niveles de depresión y ansiedad comparados con los TLP más jóvenes no se ven reducidos. Lo que disminuye, por consiguiente, es su manera de actuar o de expresar externamente ese malestar emocional, algo que podría ser coherente con los cambios que experimentan la mayoría de personas a la hora de madurar, más que algo inherente al trastorno. Pero, no parece que este nuevo control o dominio sobre los actos adquirido por estos pacientes, que ya no se ven tan envueltos en autolesiones o en otro tipo de conductas arriesgadas no reflexivas, les ayude a reducir el malestar interno.

Como resumen, mencionaremos que, en base a la literatura, se ha concluido que, aunque tiene un mejor pronóstico de lo que se pensaba históricamente, los problemas de funcionamiento pueden persistir mucho tiempo después de la remisión clínica, aunque los síntomas clínicos de forma general disminuyan en gran medida con el tiempo (Winsper, 2021).

2.1.6. MODELOS EXPLICATIVOS

En cuanto a la patología de nuestro interés, existen diversas teorías sobre su etiología y mantenimiento. Los factores de riesgo que pueden inducir su manifestación fueron recogidos en el artículo de revisión de Chanen y Kaess (2012). Concluyeron que los posibles caminos para desarrollar esta condición basados en riesgos ambientales están

bien establecidos, pero que, en cambio, sus bases neurobiológicas y los problemas en la química cerebral siguen sin estar definidos. Asimismo, la presencia de rasgos del fenotipo del Trastorno Límite en la niñez o la adolescencia parece presagiar su posible desarrollo más adelante. Se cree también que los abusos sexuales físicos y emocionales en la infancia, la violencia en la familia, la negligencia por parte de los padres o un apego excesivo podrían tener también cierto peso, aunque no hay un consenso del todo claro. En cuanto a factores genéticos, la revisión de la literatura de Kulacaoglu y Kose (2018) concluyó que, aunque los estudios son escasos y se han reportado valores diferentes, hay por lo menos evidencia moderada de la transmisión genética y la heredabilidad del TLP.

En base a estos factores de riesgo existen teorías concretas que han intentado aunar y dar sentido en un todo a estas variables etiológicas. Entre ellas, una de las más completas es la teoría biosocial de Marsha Linehan (1993), según la cual este trastorno surge por la interacción de vulnerabilidades biológicas e influencias del entorno y que explica sus factores de riesgo. El entorno apropiado para que el sujeto desarrolle personalidad *borderline* sería un entorno invalidante, marcado por la intolerancia hacia la expresión de experiencias emocionales, lo que conduciría al niño a no aprender a solucionar sus estados emocionales, en especial los negativos, llevando a la desregulación emocional compuesta por sensibilidad emocional, hiperactividad emocional y un regreso más lento al estado emocional de línea de base (Linehan, 1993).

Crowell et al. (2009) ampliaron y desarrollaron sobre esta teoría y es el marco de trabajo que seguiremos sobre el TLP a la hora de desarrollar esta tesis. Consideramos este modelo como el que posee, actualmente, mayor relevancia y el que proporciona una visión holística de la patología teniendo en cuenta sus componentes esenciales, algunos de los cuales, como el uso excesivo de estrategias de afrontamiento desadaptativas y una implementación de la regulación emocional de baja calidad, han

sido además corroborados en estudios actuales (Southward y Cheavens, 2020). Este enfoque considera al trastorno como el resultado de la interacción de múltiples factores de riesgo, eventos causales y procesos dinámicos. Mientras que la teoría de Linehan mantenía el foco únicamente en el manejo y expresión de las emociones, esta extensión considera al rasgo de impulsividad independiente de la emoción como una vulnerabilidad predisponente para aquellos que eventualmente manifestarán la enfermedad.

Este modelo se fundamenta en evidencia teórica y empírica, en especial en cinco datos esenciales (Crowell et al., 2009): (1) el bajo control de impulsos parece desarrollarse de manera temprana en esta patología, (2) las vulnerabilidades biológicas y los riesgos ambientales se modulan de manera recíproca potenciando la falta de regulación emocional, (3) en la adolescencia ya se despliegan una serie de estrategias de afrontamiento desadaptativas aumentando el riesgo de padecer TLP, (4) la labilidad emocional característica del TLP se forma y es mantenida por su entorno cercano y el contexto en el que se desarrolla, y (5) todos estos rasgos y comportamientos aumentan el riesgo de padecer la patología ya que afectan al funcionamiento social e interfieren en un desarrollo emocional sano.

Existen otros modelos con propuestas interesantes sobre el Trastorno Límite que merecen ser mencionadas, como la teoría del apego, que plantea que las relaciones y los comportamientos de apego están desorganizados en el carácter de estos pacientes, y que esta desorganización impediría el desarrollo de representaciones de los estados mentales de uno mismo y sobre todo de otros (Holmes, 2003).

Una propuesta similar es la teoría de la mentalización, entendida como la forma en la que las personas entienden su mundo social. En caso de abusos en la infancia de tipo físico o psicológico se ve mermada la capacidad para imaginar estados mentales ajenos, y el niño se ve atrapado en la búsqueda de afecto del cuidador y, al mismo

tiempo, en un estado de defensa mental. Esto es una faceta característica del TLP, donde suele existir un acercamiento y alejamiento continuo con los seres queridos y sobre todo en las relaciones sentimentales (Fonagy y Luyten, 2009).

Existen también perspectivas que señalan que, aparte del entorno, el Trastorno Límite de la Personalidad se debe a anomalías cerebrales en estos pacientes e intentan descubrir cuales en concreto. Numerosos estudios han encontrado que en respuesta a los estímulos negativos se genera una sobreactivación de la amígdala en pacientes con TLP en comparación con sujetos control sanos (Frick et al., 2012).

El artículo de revisión de Schulze et al. (2016) corrobora la teoría según la cual la disfunción dorsolateral prefrontal, así como la disfunción del sistema límbico cerebral, son características primordiales en esta enfermedad, lo que sería coherente con la asunción del TLP como una patología fundamentada en una desregulación emocional con bases neurológicas.

Por su parte, el artículo de Kolla et al. (2016) encontró que un elevado nivel de monoamina oxidasa-A está asociada con indicadores de la severidad del Trastorno Límite, los síntomas relacionados con el ánimo, las tendencias suicidas y los problemas neurocognitivos. Sin embargo, existen múltiples teorías sobre las diferencias cerebrales entre el TLP y los sujetos sanos debido a la novedad de este campo como enfoque sobre la etiología de esta patología.

No obstante, aunque nos ampararemos en el marco del enfoque de Crowell et al. (2009) es oportuno recalcar que, en base a la literatura disponible, podemos concluir que la etiología de esta enfermedad aún no es del todo conocida. Según la literatura, una combinación de factores genéticos, anormalidades neurobiológicas y del entorno, como una historia de trauma infantil, puede causar el desarrollo del TLP, pero todavía hay una falta de información sobre qué factores conducen al desarrollo del trastorno (Kulacaoglu y Kose, 2018) dejando patente de nuevo la importancia de investigaciones

en este campo.

2.1.7. MÉTODOS DE EVALUACIÓN

Aparte de la nueva propuesta del *DSM-5* para medir los trastornos de la personalidad y que evaluaremos en nuestra investigación, existen otros instrumentos disponibles para evaluar estas patologías.

Las entrevistas diagnósticas serían el método de elección, aunque los cuestionarios tanto autoadministrados como administrados por el terapeuta, pueden ser un buen complemento que llegue a apoyar o confirmar el diagnóstico clínico. Entre estas entrevistas encontramos el *Examen Internacional para los TP* o *International Personality Disorders Examination (IPDE)* de Loranger (Loranger, 1995). Se trata de un instrumento diagnóstico que se apoya en una entrevista clínica semiestructurada, su ventaja reside en que es un método de evaluación que se corresponde con los criterios de valoración tanto de la *CIE-10* como del *DSM-IV* (Esbec y Echeburúa, 2014).

Otro método ampliamente utilizado es la Entrevista Clínica Estructurada para los *Trastornos de Personalidad del DSM-IV* o *Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II)* de First et al. (1997), entrevista semiestructurada que puede usarse para formular diagnósticos tanto de forma categorial (como la presencia o ausencia de dicha patología), como de forma dimensional (recopilando el número de criterios distintivos que presenta el paciente para un trastorno de personalidad en particular).

Por otro lado, existen también medidas específicas creadas únicamente para la evaluación del Trastorno Límite. Uno de los primeros instrumentos que se desarrolló para evaluar específicamente el TLP y que se considera el instrumento que definió de manera operativa el trastorno fue la *Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite de la Personalidad* (Gunderson et al., 1981), que evalúa las siguientes 5 áreas de

funcionamiento: la adaptación social, los patrones de impulso y acción, el afecto, la psicosis y las relaciones interpersonales. Existe una versión revisada de este instrumento que está validada y que sigue siendo muy bien considerada y se contempla como un estándar para la evaluación del trastorno (Biskin y Paris, 2012).

Destacan también la *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder* (Zanarini, 2003) que utiliza preguntas adaptadas del módulo referente al TLP de la *Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de Personalidad del DSM-IV*, y cuenta con nueve ítems divididos en 4 dimensiones: la afectiva, la cognitiva, la impulsiva y la dimensión interpersonal. Encontramos también entre otros el *Borderline Personality Questionnaire* (Poreh et al., 2006). Se trata de una escala autoadministrada de 80 ítems y, a diferencia del instrumento anterior, se centra en nueve dimensiones, aunque ambos muestran una buena consistencia y una correcta validez convergente con el resto de medidas existentes para el TLP (Furnham et al., 2014).

2.1.8. TRATAMIENTOS DISPONIBLES

La psicoterapia es el tratamiento de elección para el TLP, aunque entre las psicoterapias disponibles para su tratamiento unas han demostrado ser más efectivas que otras. Como podemos ver en el artículo de revisión de Stoffers et al. (2012), que analizó la evidencia empírica disponible para los distintos tipos de terapias para tratar el TLP, se encontró que la más estudiada, y la que cuenta con la mayor evidencia hasta la fecha con ensayos aleatorios, ha sido la terapia dialéctica-conductual, aunque tanto las psicoterapias comprensivas como las no comprensivas muestran indicaciones de poseer efectos beneficiosos sobre los síntomas de este trastorno. El estudio recalca también el papel fundamental de la psicoterapia en el TLP, aunque concluye que se necesitan estudios de replicación.

Entre los tratamientos intensivos y altamente estructurados para tratar el TLP,

basándonos en el artículo de revisión de Choi-kain et al (2017) podríamos considerar que 5 se han establecido apoyados en la evidencia: (1) la terapia dialéctica-conductual, (2) el tratamiento basado en la mentalización, (3) la terapia de esquemas, (4) la psicoterapia basada en la transferencia, y (5) el programa STEPPS, *Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving*. A continuación, describimos brevemente cada uno de estos programas.

La *terapia dialéctica-conductual* merece especial atención ya que fue una de las primeras terapias dedicadas enteramente al tratamiento de las características del Trastorno Límite. Fue desarrollada por Marsha Linehan (Linehan, 1993) con el objetivo de ayudar a los pacientes con TLP que presentaban rasgos suicidas de carácter severo. Sus componentes se basan en el cambio comportamental y en la filosofía dialéctica añadiendo también elementos como el *mindfulness*. Existen estudios que demuestran su capacidad para reducir las conductas autolesivas, los actos suicidas y la necesidad de hospitalización en estos pacientes, como comenta el estudio de Leppänen et al. (2015), lo que nos indica que este tratamiento puede ser especialmente útil en el caso de pacientes que presenten un Trastorno Límite de naturaleza grave y con predominantes rasgos suicidas o parasuicidas.

Actualmente, la investigación sobre el tratamiento del TLP ha intentado prestar especial atención al tratamiento del trastorno teniendo en cuenta las patologías comórbidas. La terapia dialéctica-conductual se ha dirigido en estos últimos años a su adaptación para tratar también el trastorno por estrés postraumático que suele ser comórbido con el TLP, y que podría ayudar a pacientes que presentan este diagnóstico dual (Choi-kain et al., 2017).

La *terapia de mentalización*, que ha recibido apoyo en ensayos controlados aleatorizados como el de Bateman y Fonegy (2009), demostró que un tratamiento de 18 meses basado en la mentalización mostraba mejorías sustanciales en todas las

variables estudiadas del TLP (hospitalizaciones, ocurrencias de crisis, conductas autolesivas, y conductas suicidas), tanto en pacientes hospitalizados como en pacientes ambulatorios. Aunque la mayoría de los estudios que apoyan este tratamiento han sido dirigidos por este mismo grupo de trabajo y se necesita que grupos independientes los repliquen.

Aunque la terapia dialéctica-conductual y la terapia basada en la mentalización son ambos tratamientos ampliamente utilizados para tratar el Trastorno Límite de la Personalidad basados en evidencia empírica, en una comparativa, los resultados siguen apoyando la superior efectividad de la terapia dialéctica-conductual. El estudio de Barnicot y Crawford (2019), encontró que la reducción de las autolesiones y la mejora de la regulación emocional a los 12 meses fue mayor entre los que recibieron dicho tratamiento.

Por su parte, la *terapia basada en esquemas* de Jeffrey Young (Young, 1990) se centra en el cambio de los esquemas desadaptativos y poco funcionales que se desarrollan en edades tempranas y que se repiten a lo largo de la vida resultando, por consiguiente, en el uso de comportamientos también desadaptativos en la edad adulta. La terapia pretende conocer los orígenes de estos esquemas y reparar el trauma subyacente (Leppänen et al., 2015).

La revisión de estudios sobre el apoyo empírico a esta terapia para tratar el Trastorno Límite, realizada por Sempertegui et al. (2013), concluyó que éste era un tratamiento prometedor para esta patología y que en Europa podría implementarse como una estrategia con buena relación coste-beneficio.

La *psicoterapia basada en la transferencia* se fundamenta en la investigación en psicoterapia de Kernberg et al. (1972). En pacientes con Trastorno Límite este tratamiento se basa en el uso de una estrategia principal, que consiste en instruir al paciente en la asociación libre y activar las relaciones de objeto internalizadas que se

escinden con la transferencia, lo que ayuda al paciente a identificarlas, interpretarlas y comprender su organización, lo que le permite reflexionar sobre su conducta y sus interacciones (Kernberg y Foelsch, 2011).

Por último, encontramos el *programa STEPPS*, desarrollado por Bartels y Crotty (1998). Este programa tiene como objetivos la psicoeducación de los pacientes y el entrenamiento en un repertorio de habilidades específicas para el manejo de sus emociones y de su conducta. El programa involucra al entorno cercano del paciente que lo ayudará en el reforzamiento de las habilidades aprendidas (Blum et al., 2008).

Más allá de estos tratamientos tan especializados nos encontramos con un nuevo enfoque para el tratamiento del Trastorno Límite, el denominado *manejo psiquiátrico general*. Esta nueva forma de visualizar el tratamiento del TLP surge como solución al alto grado de especialización, el coste y el entrenamiento de los terapeutas que los programas de tratamiento antes mencionados requieren. Este nuevo enfoque de terapias se basa en el manejo del caso y el sentido común, así como en la vida del paciente fuera de la terapia. El artículo de Gunderson et al. (2018) propone que el manejo psiquiátrico podría ser la intervención primaria para el TLP, y que las psicoterapias intensivas podrían dejarse para aquellos casos que no respondan primeramente al tratamiento. Sin embargo, aún se necesita más evidencia. Finch et al. (2019), en su metaanálisis, concluyeron que, en ausencia de un tratamiento especializado para el TLP, la atención estándar disponible puede ser una opción práctica.

En cuanto a la *farmacoterapia* para este trastorno, el artículo de revisión de Bellino et al. (2011) que analizó artículos desde 1990 a 2010 sobre el efecto de ciertos fármacos en los diversos síntomas del TLP, encontró que la evidencia más reciente señalaba que los estabilizadores del ánimo, los antipsicóticos de segunda generación y los ácidos grasos omega-3 pueden ser efectivos para tratar los síntomas conductuales-

impulsivos del trastorno. Por su parte, los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina son efectivos en reducir la intensidad de los síntomas ansiosos y depresivos.

Los *tratamientos combinados* también han sido estudiados para tratar el TLP, como es el caso de la investigación de Bellino et al. (2010), que encontró que la terapia combinada, consistente en psicoterapia interpersonal adaptada al Trastorno Límite junto con fluoxetina, era superior al tratamiento sólo con farmacoterapia para este tipo de patología indicando la necesidad de combinar ambos enfoques según el tipo de paciente.

El estudio de Stoffers y Lieb (2015) revisa el manejo con medicación psiquiátrica en pacientes con TLP hasta el 2014. Se encontró que existe cierta evidencia de efectos beneficiosos por parte de antipsicóticos de segunda generación, estabilizadores del ánimo y ácidos grasos omega-3, aunque esta evidencia no puede considerarse satisfactoria. Asimismo, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (*ISRS*), que se usan muy comúnmente para tratar el Trastorno Límite, tampoco parecen tener apoyo en la evidencia empírica. Parece que se está girando el foco hacia tratamientos alternativos como suplementos dietéticos que incluyan oxitocina o ácidos grasos omega-3.

Los estudios sobre la farmacoterapia siguen siendo escasos y poco concluyentes y no hay evidencia de que este tratamiento sea efectivo como tratamiento único sin acompañamiento psicológico. Actualmente, no existe una medicación concreta indicada para tratar la psicopatología global del TLP. La combinación de la medicación con la psicoterapia parece mejorar las dimensiones específicas de los síntomas. En particular, puede ayudar a aquellos aspectos que responden lentamente o no responden en absoluto a la monoterapia (Bozzatello et al., 2020). Ante las incógnitas y las conclusiones poco claras en relación a la farmacoterapia, sería adecuado centrar los esfuerzos en factores de interés en el TLP que pudieran tratarse

en terapia.

En base a la bibliografía disponible, se puede considerar que sigue vigente el debate sobre qué estrategia sería más adecuado adoptar para el tratamiento del TLP, no existiendo aún un enfoque claramente definido y un consenso clínico al respecto, lo que muestra la necesidad de seguir conociendo en profundidad esta condición para poder descubrir tratamientos que cuenten con un apoyo sólido. Actualmente, lo más importante es decidir cuál de las terapias apoyadas empíricamente puede contribuir a reducir en mayor medida las dificultades de la vida de los pacientes y a evitar el deterioro de su salud mental y calidad de vida, así como la de su entorno. Pero también hay que tomar decisiones sobre el momento, la frecuencia y duración de la terapia para evitar que el paciente entre en una espiral ascendente de sus síntomas. Una frecuencia o duración insuficiente o una psicoterapia ineficaz pueden ser potencialmente perjudiciales (Campbell y Lakeman, 2020). Conocer en más profundidad los mecanismos intervinientes en el trastorno puede contribuir a encontrar la terapia con mayor repercusión sobre su calidad de vida, a agregar componentes que potencien sus beneficios, así como a evitar actos y decisiones terapéuticas iatrogénicas.

2.2. PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA

2.2.1. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida está muy relacionada tanto con la salud mental como con la salud física. Se considera por la *Organización Mundial de la Salud* (OMS) como un concepto amplio que engloba el estado físico y mental de la persona y las relaciones con los otros y con el entorno, mientras que define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de una enfermedad (WHOQOL Group, 1996). Son, por lo tanto, conceptos entrelazados y complementarios que se ven influidos por el entorno del sujeto y también influyen en él.

Aunque la calidad de vida, la calidad de vida relacionada con la salud e incluso la funcionalidad son conceptos que han sido utilizados en ocasiones de manera intercambiable e indistinta en la literatura, cada uno tiene su propio significado. A pesar de que son constructos muy cercanos presentan matices distintivos, los cuales merecen ser medidos y reconocidos de forma individual si se pretende lograr una visión completa del concepto.

La calidad de vida relacionada con la salud se centra en los efectos específicos de la enfermedad, sea cual sea su índole, y en su capacidad para repercutir y mermar las dimensiones físicas y psicológicas del sujeto. La enfermedad como el tratamiento de esa enfermedad puede afectar al paciente desde muchos ángulos, tanto psicológico, si la enfermedad es física, como físicamente, si la enfermedad es de corte psiquiátrico; también tiene su impacto a nivel social, económico y en los hábitos del día a día. Se trata, por lo tanto, del impacto que una enfermedad o afección puede tener en la calidad de vida del individuo. Es un indicador de gran utilidad, ya que puede capturar el estado físico y psicológico del sujeto y las repercusiones de ese estado en su calidad de vida, en su habilidad para conseguir satisfacción y bienestar de circunstancias sociales, psicológicas, emocionales y físicas (Aaronson, 1988).

Por otro lado, la calidad de vida que nosotros denominaremos relacionada con la funcionalidad, se centra de manera más clara en los aspectos contextuales y en los distintos apartados de la vida que pueden verse mermados o afectados por la enfermedad, hasta el punto de incapacitar al individuo para extraer de ellos la satisfacción que necesita, viéndose su calidad de vida reducida. Tendrán más peso aspectos como las restricciones en actividades de la vida diaria, como el empleo, los estudios o el mantenimiento del hogar y de la vida social; la discapacidad funcional se ve reflejada en la imposibilidad de llevar a cabo desde tareas simples, como las relacionadas con la higiene personal o pasar tiempo sólo, a tareas más complejas, como mantener un empleo o cumplir académicamente.

Estas definiciones nos dan pie a entender la calidad de vida como un concepto que engloba tanto la calidad de vida relacionada con la salud, como la calidad de vida independiente de la salud; aquella que se relaciona con la funcionalidad en la vida diaria del sujeto. La calidad de vida es, por ende, un concepto más amplio que cubriría todos los aspectos de la vida; dada su naturaleza abstracta podría definirse de infinidad de formas sin llegar a un consenso absoluto, es por lo tanto también una variable difícil de medir.

Entenderemos el concepto global de calidad de vida desde el *Modelo Biopsicosocial*, que pone el énfasis en la existencia de relaciones dinámicas y bidireccionales entre una condición de salud física o psicológica y sus factores contextuales. Este modelo aparece en la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)* y pretende definir la salud, junto con los estados que se relacionan con ella, de forma que el perfil del paciente se base en los constructos de discapacidad, funcionalidad y salud en diferentes dominios. Acepta que la funcionalidad o discapacidad de un sujeto es una interacción dinámica entre su enfermedad y los factores contextuales, que tiene en cuenta cómo el mundo social, actitudinal y físico pueden impactar y verse impactados por la patología que padece el sujeto (OMS, 2004).

En nuestro estudio, la calidad de vida entendida como discapacidad funcional será evaluada a través del *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0)*, que entiende la calidad de vida como el grado de problemas de funcionalidad en distintas áreas, y mediante el *SF-36* se evaluará la calidad de vida relacionada con la salud. Hemos escogido ambos instrumentos ya que nos parecen complementarios y nos dan una visión completa de la calidad de vida, entendida como un constructo amplio que engloba más de una dimensión. Por lo tanto, aceptaremos que los conceptos de salud, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud y funcionalidad son términos que se solapan pero que tienen sus propios matices y que

facilitan también información independiente.

2.2.2. RASGOS DE PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Los rasgos de personalidad pueden influir en muchos aspectos de la vida del individuo al interactuar con sus emociones, pensamientos y comportamientos, por ello tienen el potencial de incidir en la calidad de vida.

Sin embargo, actualmente no se conoce lo suficiente sobre cómo factores no relacionados con la salud, como las propiedades concretas de la personalidad, pueden afectar a la calidad de vida en sus diferentes acepciones. La calidad de vida, sobre todo la vinculada con la salud, suele ser una medida relacionada con los cuidados sanitarios, utilizada para evaluar el estado de pacientes en entornos médicos y la efectividad de tratamientos, por lo que su relación con los rasgos de personalidad aún debe ser investigada en más profundidad (Huang et al., 2017).

En la literatura podemos encontrar estudios que relacionan rasgos de personalidad con enfermedades de tipo físico, y que han hallado que estos rasgos pueden promover o inhibir la realización de conductas promotoras de la salud, al igual que inducir el uso de ciertos tipos de estrategias de afrontamiento (Smith et al., 2004). En especial, el rasgo de afecto negativo se ha relacionado con un gran número de condiciones de salud. Otro ejemplo de un rasgo de personalidad considerado un buen predictor de la salud es el neuroticismo; aquellas personas que puntúan alto en este rasgo experimentan una mayor incidencia de enfermedades serias en comparación con las que puntúan bajo en esta dimensión (Suls y Bunde, 2005).

Por su parte, la ira, un rasgo muy característico en personas con Trastorno de Personalidad Límite, entendido como hostilidad o agresión, también se ha relacionado con enfermedades serias como encontraron Glover et al. (1995). Existen también variables que pueden considerarse promotoras de la salud. Okun et al. (1984)

encontraron en su artículo de revisión que el bienestar subjetivo y la salud se relacionaban positiva y significativamente.

Como estudios que analicen el papel de rasgos en patologías mentales, cabe destacar el llevado a cabo por Victor et al. (2011) que analizó otro rasgo típico del TLP: la impulsividad. Esta investigación indagó sobre el papel de esta característica en pacientes con trastorno bipolar. Encontró que la impulsividad, entendida como urgencia, correlacionaba de forma elevada y negativa con la calidad de vida en estos pacientes, y que centrarse en controlar este rasgo podría ayudar a los pacientes a mejorar este constructo.

Asimismo, se ha encontrado que una baja calidad de vida en pacientes con trastornos del ánimo y de ansiedad puede estar moderada por rasgos de personalidad estables a lo largo de la vida del sujeto (van Straten et al. 2007). La calidad de vida relacionada con la salud se midió en este estudio mediante el *SF-36* y los rasgos de personalidad explicaban la varianza de ciertas subescalas, sobre todo en vitalidad (10%) y salud mental (13.3%). Por otro lado, Fidry et al. (2019) intentaron identificar qué rasgos clínicos y de personalidad están asociados con la calidad de vida en los pacientes con trastorno de pánico. Concluyeron que, mientras que la conciencia, la extraversión y la afabilidad tenían correlaciones positivas de carácter leve con la CDV, el neuroticismo presentaba una fuerte correlación negativa.

En lo que respecta a la influencia de los rasgos de personalidad en la calidad de vida sin relacionar ésta con el inicio, el desarrollo o su participación en una condición de salud ya existente, podemos mencionar el estudio de Bal y Sahin (2011). Hallaron que, en mujeres durante el período de transición de la menopausia, la personalidad desempeñaría un papel importante en la calidad de vida. Sus resultados indicaron que los niveles más altos de introversión y los niveles más altos de neuroticismo conducen a una menor calidad de vida entre esta población.

Por otro lado, el estudio de Huang et al. (2017) revisó la literatura disponible sobre la relación entre rasgos de personalidad y las diversas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud. Los resultados encontraron que esta relación tomaba una misma dirección; los rasgos de personalidad en el lado adaptativo del continuo, como son el optimismo o la autoeficacia, se relacionaban con una mejor calidad de vida relacionada con la salud, mientras que rasgos considerados desadaptativos, como el neuroticismo o el afecto negativo, se relacionaban con su empeoramiento. Cabe recalcar que la magnitud y la intensidad de estas relaciones variaban según las dimensiones de la calidad de vida y el rasgo. Parece que la personalidad, de manera general, se asocia más con las variables psicosociales o de funcionalidad de la calidad de vida, y que rasgos como el neuroticismo o el afecto negativo se asocian fuertemente con los aspectos mentales de la calidad de vida relacionada con la salud.

En base a estos y otros estudios, podríamos concluir que los rasgos de personalidad pueden incidir en la calidad de vida principalmente a través de tres vías: (1) indirectamente, al aumentar el riesgo de padecer una enfermedad; sufrir una patología, por todo lo que supone a múltiples niveles, se transforma habitualmente en un decremento de la calidad de vida del paciente. Esto puede ocurrir a través de la falta de conductas promotoras de la salud, del exceso de comportamientos contrarios a la salud o por la presencia de rasgos que puedan intervenir a nivel biológico provocando, por ejemplo, estrés en el sujeto. El estudio de Almas et al. (2017) es un ejemplo de esta vía. Estos autores concluyeron que los altos niveles de neuroticismo incrementaban el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares en personas deprimidas; (2) directamente, al influenciar cómo se maneja la enfermedad una vez que ésta está establecida y al afectar a la probabilidad de éxito de su consiguiente recuperación; los rasgos condicionan nuestra tendencia de interpretación de los eventos de la vida y el significado que otorgamos a una situación concreta como el padecer una patología. El estudio de Juhl et al. (2017) encontró que el rasgo de neuroticismo parece ser un

importante predictor de la calidad de vida en pacientes que se someten a una cirugía de reconstrucción mamaria tras un cáncer de mama; (3) por último, los rasgos de personalidad pueden afectar a la calidad de vida del sujeto independientemente de los factores de salud. En este caso, las características del individuo reducirían la calidad de vida prioritariamente en su faceta de funcionalidad, mermando aspectos como el funcionamiento psicosocial en población por lo demás sana (Huang et al., 2017).

Tras revisar la literatura disponible en relación a rasgos de personalidad, parece que los rasgos distintivos del TLP facilitan que exista un empeoramiento en la calidad de su vida cotidiana; se relacionan tanto con su funcionalidad como con su salud, ya que la ira y la impulsividad pueden mermar la calidad de vida en muchos sentidos, pero también pueden ser rasgos de personalidad que lleven a conductas potencialmente peligrosas para la salud del paciente. Asimismo, el neuroticismo, un rasgo que puede considerarse como un rasgo temperamental central en el TLP (Silva et al., 2011), correlaciona de manera negativa con la calidad de vida. No obstante, queda pendiente la realización de estudios que expliquen cómo estos rasgos concretos se relacionan con la calidad de vida cuando se manifiestan dentro de un perfil de personalidad TLP.

Hay que tener también en cuenta que una persona enfrentada a una enfermedad seria, ya sea de tipo físico o mental, puede mantener, a pesar de ello, una mejor calidad o autopercepción de calidad de vida si posee rasgos de personalidad protectores o adaptativos. El TLP, como los trastornos de personalidad en general, hace que los rasgos propios se fundan con los rasgos característicos de la enfermedad, complicando a los pacientes la posibilidad de usar factores de protección propios para afrontar su patología; este podría ser uno de los motivos por los que nos encontramos en estos pacientes altos niveles de disfuncionalidad.

Concluimos, por consiguiente, que es necesario que se identifiquen y concreten los rasgos de personalidad presentes en el TLP que están potencialmente asociados a estos déficits en la calidad de vida del paciente y la magnitud de estas interacciones.

Esperamos ver en los resultados de nuestro estudio qué rasgos o conjunto de rasgos se relacionan con problemas en la calidad de vida relacionada con la salud y con la discapacidad funcional del sujeto, para que se pueda, de esta forma, poner énfasis en el tratamiento y el control de estos rasgos y tenerlos en cuenta en los programas de prevención. Es prioritario controlar la manifestación de rasgos que puedan poner a estos pacientes en peligro o atentar contra su estado físico y mental, para posteriormente mejorar de forma consistente, y a largo plazo, la calidad de su día a día.

2.2.3. PATRONES DE PERSONALIDAD Y CALIDAD DE VIDA

Sin embargo, los estudios citados han investigado la relación existente entre calidad de vida y salud y rasgos de personalidad evaluados de manera aislada. En la literatura se ha estudiado también la manera en que patrones específicos de personalidad inciden en la expresión de síntomas físicos y alteran los niveles de calidad de vida.

Los patrones o tipos de personalidad son una agrupación de un conjunto de rasgos de la personalidad e implica, por lo tanto, una mayor generalidad del comportamiento (Pérez-García y Bermúdez, 2011), mientras que los rasgos recogen una característica que opera de modo independiente. Como ejemplo, en el instrumento *PID-5* que utilizaremos para medir el TLP en nuestro estudio, un rasgo como la impulsividad, del que hemos hablado en el apartado anterior, se englobaría dentro del dominio de orden superior “desinhibición”, que incluye además las facetas o rasgos de irresponsabilidad y distracción (APA, 2013).

La investigación sobre la capacidad de los tipos de personalidad de afectar a las diferentes dimensiones de la calidad de vida se ha centrado, principalmente, en las mismas tres vías de acción que encontramos al revisar los estudios disponibles sobre rasgos de personalidad y calidad de vida.

Un ejemplo de cómo actúan estos patrones en población general nos lo puede ofrecer el artículo de revisión de Stevenson y Williams (2014) sobre la personalidad tipo D, caracterizada por la presencia de afecto negativo y la inhibición consciente de las emociones, lo que se denomina inhibición social. Esta investigación encontró que las personas que manifestaban este patrón presentaban peor calidad de vida y más síntomas físicos en comparación con un grupo de control, sin embargo, cuando analizaron este tipo de personalidad como un constructo dimensional no se descubrió una diferencia significativa entre ambos grupos. Por su parte, el estudio de Saeed (2011) examinó la asociación también de la personalidad de tipo D (y sus componentes) con la calidad de vida, en este caso en pacientes cardíacos, en comparación con las personas sanas. Las puntuaciones más altas en este tipo de personalidad tenían un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes y el componente de inhibición social tenía un mayor impacto que la afectividad negativa. Concluyen que la evaluación psicológica de la personalidad es una herramienta útil para desarrollar planes de atención médica.

Parece que los patrones de personalidad también pueden afectar a la calidad de vida relacionada con la salud durante el curso de una enfermedad como en el caso de la artritis reumatoide y la espondilitis anquilosante. En el estudio de 2017 de Donisan et al, se analizaron los cuatro tipos de personalidad (A, B, C y D) en relación con estas enfermedades. De los resultados encontrados cabe destacar que los tipos de personalidad C y D correlacionaban con menor calidad de vida y un incremento de la actividad de ambas patologías, mientras que el patrón tipo A presentaba los resultados opuestos.

Existen también patrones de personalidad considerados como un elemento predisponente para el inicio de una condición de salud. Como ejemplo encontramos el patrón de personalidad tipo A, el cual se consideraba como predictor de enfermedades coronarias, no obstante, varios estudios han desechado esta idea y se han centrado en la hostilidad como su principal componente tóxico (Šmigelskas et al., 2014).

En función de resultados como estos creemos en la necesidad de analizar el patrón de personalidad *borderline* en su conjunto. A pesar de que algunos de sus componentes independientes, como la ira o la impulsividad, han demostrado ser nocivos para la salud de manera aislada, debemos tener en cuenta que no se debe suponer que un tipo de personalidad que incluya rasgos considerados como generadores de resultados dañinos para la salud o la calidad de vida presentará también forzosamente este vínculo. El uso de un instrumento multidimensional de evaluación del trastorno podría contribuir a este fin, ya que mide la patología de forma desglosada permitiendo prestar una atención individual a cada una de sus facetas o componentes. Esta información podría arrojar luz sobre los elementos más nocivos e incapacitantes del trastorno, que posteriormente podrían ser tratados de forma más agresiva en terapia para devolver rápidamente la funcionalidad a los pacientes.

Para conocer la posibilidad de que el Trastorno Límite suponga un factor predisponente o agravante de ciertas condiciones físicas y de una mala calidad de vida, se requiere una ampliación de la literatura que incluya información más específica sobre las dificultades características a las que se enfrentan en la vida diaria estas personas. Esto se logrará fomentando la realización de estudios que compartan una consistencia en los instrumentos de medida utilizados para evaluar la calidad de vida y el TLP y definiendo estos constructos de forma uniforme, sin obviar las variables que participan mediando la relación entre ambos. Esto puede contribuir a su detección precoz en atención primaria y a su consecuente tratamiento temprano; mayor es esta urgencia si tenemos en cuenta estudios como el de Cramer et al. (2006), el cual encontró que los trastornos de la personalidad parecen ser predictores de la calidad de vida más significativos que otras variables sociodemográficas, la salud somática y los trastornos anteriormente clasificados en el *Eje-I*.

2.3. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN EN EL TRASTORNO LÍMITE

2.3.1. TLP Y CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD

En cuanto a los problemas físicos que la presencia de esta patología puede acarrear, el estudio de Sansone y Sansone (2012) encontró que el 50% de los pacientes seguidos en atención primaria por dolor crónico presentarían también los criterios para ser diagnosticados con TLP. En este estudio se llegó a la conclusión de que el dolor experimentado podría deberse a la presencia de características típicas de este trastorno, como son los problemas para el apego o el exceso de dependencia. Sin embargo, quedarían por discernir las características específicas de este dolor, y cómo la combinación de complicaciones físicas y de pautas de pensamiento típicas del trastorno puede mermar el funcionamiento adecuado en las actividades cotidianas.

Otra razón que se ha planteado para justificar estos problemas de salud, tanto a nivel físico como psicológico, así como las dificultades para afrontar aspectos sencillos de la vida diaria, es la duración prolongada de recuperación de un estímulo negativo por parte de personas con TLP. No obstante, en la investigación de Fitzpatrick y Kuo (2015), que pretendía conocer si existía un retraso en la recuperación del estado emocional de línea de base en sujetos con personalidad *borderline*, en comparación con un grupo de control y un grupo con ansiedad social a los que se les inducía estados emocionales, no se encontró una velocidad de recuperación inferior en el Trastorno Límite. Los autores, por tanto, postulan la posibilidad de un estado emocional sobreactivado de base, una teoría que estaría en consonancia con lo probado por Feliu-Soler et al. (2013), comparando un grupo de control con un grupo de enfermos de Trastorno Límite a los que se les inducía una emoción negativa. En este estudio, aunque no se encontró mayor reactividad emocional a esa emoción inducida, sí que se encontró una mayor intensidad de ánimo negativo en línea de base en las personas con TLP. Sería, por consiguiente, este estado de ánimo de base, más intenso y más negativo que el de los controles, el

que podría conducir a los posibles problemas colaterales de este trastorno.

En la literatura encontramos también el estudio de Frankenburg y Zanarini (2004) que pretendía comparar la salud física, las decisiones sobre el estilo de vida y el uso de los servicios de salud en afectados por el TLP y en un grupo de pacientes que presentaba este trastorno en estado de remisión. Los resultados mostraron que los que padecían *borderline* de manera activa presentaban una historia más extensa de condiciones médicas como son el dolor de espalda, la fatiga crónica o el consumo de tabaco, a su vez se ha asociado este trastorno con un incremento en la posibilidad de padecer otras enfermedades como la hipertensión o la artritis (El-Gabalawy et al., 2010; Lee et al., 2010).

En cuanto a la evolución de la salud a más largo plazo, parece que la remisión o el fracaso al lograr una remisión del TLP sigue siendo clave para presentar una mejora o un empeoramiento físico. Se llevó a cabo una revisión de un seguimiento total de 16 años de las condiciones de salud en el trastorno por parte de Keuroghlian et al. (2013), y se encontró que los pacientes que alguna vez manifestaron una remisión del trastorno tenían significativamente mejor salud física, tomaban mejores decisiones relacionadas con la salud, y generaban menos gastos a los servicios médicos que aquellos que nunca vieron remitir su patología.

También cabe destacar la investigación de Powers y Oltmanns (2013a), en la que examinaron el hecho de que una patología de personalidad pueda afectar a la salud percibida alterando, por lo tanto, las manifestaciones sintomáticas de la salud física. Descubrieron que la personalidad *borderline*, al igual que la antisocial y la esquizoide, mostraban una asociación negativa con las percepciones sobre la propia salud. Esto lleva a los autores a concluir que el patrón de personalidad límite puede actuar en detrimento de la concepción subjetiva sobre la salud actuando de manera indirecta sobre la salud objetiva.

La presencia de rasgos del Trastorno Límite podría influenciar también el peso corporal, ya que estos rasgos se relacionan de manera significativa con la presencia de enfermedades coronarias y con la obesidad (Powers y Oltmanns, 2013b). Cabe, sin embargo, destacar la escasez de investigaciones de este tipo en la actualidad. Se necesitan estudios más recientes y datos adicionales que validen estos resultados y aporten información complementaria sobre condiciones comórbidas o contextuales. Esto permitiría diseñar un sistema de cribado de las condiciones médicas que suelen acompañar al TLP, poner en marcha tempranamente su abordaje y entender de manera plena y específica cómo se ve mermada la calidad de vida en estos pacientes.

En lo que respecta al dolor físico que pueden percibir los pacientes con personalidad *borderline* y que podría afectar a su calidad de vida relacionada con la salud, el estudio de Biskin et al. (2014) concluyó que estos pacientes presentan elevados niveles de dolor y que este dolor interfiere con sus vidas, probablemente reduciendo también la calidad de la misma, añadiéndole dificultades suplementarias a las propias barreras e inconvenientes que ya supone el padecer una enfermedad mental.

Este dolor de tipo físico podría ser la consecuencia del impacto de los síntomas de esta patología en otras facetas del individuo. No obstante, las autolesiones no parecen producir dolor en estos pacientes desencadenándose la llamada paradoja del dolor, según la cual este tipo de dolores y molestias crónicas no están bajo el control del paciente, al contrario que las sensaciones físicas producidas por la autolesión, y es esa falta de control la que hace que los dolores no buscados sean tan mal tolerados (Campbell et al., 2015). Sin embargo, quedarían por discernir las características específicas de este dolor físico “sin control”, y cómo la combinación de complicaciones físicas y de pautas de pensamiento típicas del trastorno puede mermar el funcionamiento adecuado en las actividades cotidianas.

Entender la severidad de las condiciones físicas en personas con Trastorno Límite puede conducir a un mejor funcionamiento a largo plazo. Además, hay que tener en cuenta, que permitir que pacientes que presentan este perfil experimenten dolor supone un riesgo y un peligro suplementario para su condición, incluso más que en otras patológicas. El Trastorno Límite se relaciona con el abuso de sustancias tanto lícitas como ilícitas, una condición comórbida que empeora su pronóstico (Scalzo et al., 2017), y las sensaciones de dolor pueden conducirles a buscar alivio rápido mediante conductas adictivas. Kavanagh et al. (2020), también concluyeron que el padecer cualquier trastorno de la personalidad acompañado de estados mentales comórbidos se asocia con un mayor riesgo de tener una baja calidad de vida en los ámbitos físico, psicológico y social. Teniendo presente la alta comorbilidad que se manifiesta en el TLP (Shah y Zanarini, 2018), todo parece indicar que sus posibilidades de tener una calidad de vida muy deteriorada son elevadas.

La literatura actualmente disponible, aunque no lo suficientemente extensa, parece señalar que los pacientes con TLP sufren importantes deterioros en su CDV relacionada con la salud en comparación con la población general. Es, por lo tanto, imperativo seguir ahondando en la relación TLP-CDV, y en los factores intervinientes en dicha relación, para así poder incidir de forma efectiva, antes de que la situación se vea agravada.

2.3.2. TLP, CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD

En lo que respecta a la manera en que esta enfermedad afecta a la calidad de vida relacionada con la funcionalidad, Selby (2013) encontró que los problemas de sueño crónicos son habituales en personas con Trastorno Límite, junto con la discapacidad funcional durante el día que la privación del sueño conlleva. Podría darse lo que el autor denomina un “efecto sinérgico”, donde el Trastorno Límite generaría problemas de sueño que a su vez agravarían los síntomas de la patología. Sería conveniente

investigar más a fondo esta sinergia descubriendo si existe un fenómeno de retroalimentación, donde el empeoramiento en la salud física y las dificultades experimentadas para llevar a cabo las actividades que componen la vida cotidiana producidas por el TLP podrían a su vez exacerbar el trastorno.

En relación a esta cuestión, parece que la falta de funcionalidad a la hora de poder atender a actividades relacionadas con el estudio o el empleo podría tener especial importancia, ya que podría, a su vez, repercutir en la calidad de vida relacionada con la salud actuando, por lo tanto, en base al fenómeno de retroalimentación anteriormente planteado. Cruitt et al. (2019) investigaron si tener empleo moderaría la relación entre los rasgos del TLP y la salud física. Los individuos con empleo mostraron una relación negativa más débil entre los rasgos TLP y las valoraciones de la salud física informada. Estos resultados ponen de relieve la importancia de examinar y asegurar el funcionamiento ocupacional a largo plazo en pacientes con TLP, y la relevancia de seguir investigando el rol de variables involucradas en la relación entre las características del trastorno, la salud física y la funcionalidad.

Esto es apoyado también por el artículo de revisión de Ishak et al. (2013), quienes extrajeron la conclusión, a partir de diversas fuentes, de que la calidad de vida se ve seriamente afectada por la presencia del Trastorno Límite, pero que ésta puede mejorar con el tratamiento. Javaras et al. (2017) también hallaron que, en comparación con muestra comunitaria, los sujetos con este trastorno son considerablemente menos propensos a experimentar un buen funcionamiento general, incluso al comparar a los pacientes con sus propios hermanos, que no presentaban rasgos TLP. Dentro de la muestra del grupo con Trastorno Límite, menos de la mitad de los participantes experimentaron un buen funcionamiento general, entendido como empleo estable y constante y al menos una buena relación. En cambio, más de tres cuartas partes de los participantes sin TLP presentaban este buen funcionamiento.

Hay que tener también en cuenta que se está considerando que los problemas

relacionales podrían ser el eje del TLP (Stanley y New, 2018). Esta falta de habilidad interpersonal por parte de estos sujetos es muy dependiente del contexto y se da sobre todo en los vínculos más cercanos, como la familia inmediata, los amigos íntimos o la pareja. Esta disfunción interpersonal es una característica muy prominente y discriminante en el TLP, y puede estar fomentada por factores significativos como la agresión y la autoagresión, la labilidad emocional, una hipersensibilidad a las amenazas, un daño interpersonal muy difícil de reparar y una incapacidad para entenderse a uno mismo y a los otros (Herpertz et al., 2014). También, aspectos del funcionamiento interpersonal, como la empatía y la intimidad, presentan disfunción en el TLP, donde existen problemas para la cooperación y el intercambio sostenido con otros (Salgado et al 2020).

Esta es una problemática que merece ser subrayada, si además se tiene en cuenta que estos son los síntomas que parece que no presentan remisión gracias al paso de la edad (Gunderson et al, 2011). Esto puede crear un malestar y una mala calidad de vida a largo plazo, ya que el factor relacional tiene gran peso en cómo percibimos el valor de nuestra vida y está presente en múltiples ámbitos, ya sea el trabajo, los estudios, en construir un futuro junto a una pareja o en mantener vínculos satisfactorios con la familia.

La disfunción interpersonal puede evitar que el sujeto esté operativo para funcionar dentro de una vida estructurada según los parámetros considerados normales, teniendo que cerrarse puertas a muchos aspectos pudiendo conducir esto a un empeoramiento en su forma de entender la calidad de su vida. Es, por lo tanto, un hecho que debe estudiarse de forma más específica para poder tratarse, y lograr que los pacientes con TLP puedan funcionar adecuadamente en su vida diaria relacionándose de forma positiva con otros.

El impacto psicológico de padecer una patología de esta complejidad y sus

repercusiones a nivel físico, mental y, a la postre, sobre su calidad de vida pueden traer consigo que el individuo presente una reducción de su habilidad o una discapacidad para llevar a cabo cierto tipo de tareas. Los pacientes con TLP y ansiedad comórbida presentan significativamente peor calidad de vida en los ámbitos mental, social y laboral en comparación con controles sanos (Grambal et al., 2016). Asimismo, se trata de un trastorno donde priman las decisiones poco ventajosas para el individuo y una tendencia a escoger opciones desadaptativas que conducen a emociones negativas (Hallquist et al., 2017). Este tipo de malas decisiones suelen reflejarse en su manera de relacionarse con los demás, en su rechazo de conductas promotoras de la salud, y en verse expuestos a situaciones de riesgo que deterioran su estado físico y su calidad de vida, afectando a su manera de gestionar las relaciones, el empleo, los estudios o cualquier tipo de organización que pretendan establecer en sus vidas, lo que alteraría negativamente su funcionalidad.

Sin embargo, se necesitan más estudios al respecto que ahonden en estas limitaciones en todas sus áreas y que además permitan llegar a un consenso sobre qué medidas utilizar para evaluar la calidad de vida en el caso de esta patología, que permitan la comparación y contrastación de resultados para trasladar lo hallado a la práctica clínica.

2.3.3. EVALUACIÓN DIMENSIONAL DEL TLP

En relación a las investigaciones anteriores vinculadas con nuestro otro objetivo, la evaluación del diagnóstico híbrido dimensional-categorial propuesto por el *DSM-5*, nos encontramos con estudios como el de Miller et al. (2012) que pretendía averiguar si el TLP puede evaluarse mediante rasgos de personalidad de carácter dimensional. Para ello, utilizaron una muestra de dos grupos. Uno de los grupos estaba en tratamiento psiquiátrico, y se quiso comprobar si usando datos derivados de una medida del modelo

de personalidad de cinco factores estos resultarían en un constructo que correspondiera con el *DSM-IV*. En el caso de la personalidad *borderline*, las medidas del modelo de 5 factores correlacionaban de forma significativa con las puntuaciones del *DSM-IV*, medidas por profesionales según los criterios diagnósticos para este tipo de trastorno. Los datos apoyan, por tanto, que los rasgos pueden utilizarse como parte de un correcto procedimiento diagnóstico para la evaluación de trastornos de personalidad, y también sugieren que la fracción basada en los rasgos del nuevo enfoque diagnóstico del *DSM-5* es probable que proporcione puntuaciones válidas y confiables (Miller et al., 2012).

Por su parte, la investigación de Few (2012) estudió la validez y nivel de confianza del *Personality Inventory for DSM-5* encontrando que mostraba buena consistencia interna y buena convergencia en relación con otras medidas de autoinforme y rasgos evaluados por el terapeuta. Estudios como este muestran datos optimistas sobre esta nueva forma de evaluación, por lo que merece más atención, ya que podría convertirse en la medida de elección no sólo para el TLP, sino para el resto de trastornos de personalidad. También podría resultar una buena alternativa o una evaluación complementaria a la *Entrevista Diagnóstica para el Trastorno Límite Revisada (DIB-R)* de Zanarini et al. (1989), uno de los instrumentos que se utiliza de manera más habitual, pero que se apoya en los criterios diagnósticos del *DSM-IV*, algo evidente en el solapamiento sustancial que existe entre el *DIB-R* y el *DSM-IV* (Linehan, 1993), y por lo tanto no tiene en cuenta los rasgos de personalidad.

Sobre sus propiedades psicométricas en pacientes psiquiátricos Quilty et al. (2013) utilizaron el *Personality Inventory for DSM-5* en 201 pacientes y el *NEO Personality Inventory* revisado (*NEO-PI-R*). En general, los resultados mostraron apoyo para las propiedades psicométricas de este instrumento diagnóstico en muestras psiquiátricas (Quilty et al., 2013). En nuestro estudio pretendemos comprobar si estos resultados favorables son trasladables a patrones de personalidad límite.

Como otro de los motivos para su elección como instrumento para medir los rasgos de personalidad en nuestro estudio, cabe destacar que esta escala acepta las diferencias en la expresión del TLP. Se ha encontrado que dentro de esta enfermedad pueden existir distintos subtipos con perfiles propios, cuyo conocimiento puede conducir a realizar un seguimiento de sus diferentes evoluciones, de cómo reaccionan al tratamiento y de qué enfoque debería usarse en cada caso. El uso de este tipo de instrumentos, que cuentan con un componente dimensional, puede contribuir a desenmarañar la complejidad diagnóstica del Trastorno Límite. Smits et al. (2017) recalcaron la relevancia de las dimensiones, ya que, al estudiar los rasgos concretos de un grupo de pacientes con TLP encontraron que estos podían dividirse en 3 subgrupos con características propias, llegando a la conclusión de que, acorde a las impresiones que se encuentran en la práctica clínica, aunque estos pacientes comparten características comunes, existen diferentes presentaciones clínicas. Este tipo de resultados pueden ser un trampolín para la investigación centrada en las trayectorias diferenciales de cambio, en la personalización del diagnóstico y en los enfoques de tratamiento centrados en los distintos subtipos.

Como ventaja añadida al uso de los modelos dimensionales, es que parecen más neutrales en cuanto a la edad en el TLP y, por lo tanto, más apropiados para su utilización a lo largo de toda la vida de los pacientes, permitiendo conocer y comparar de forma precisa y detallada la evolución de sus rasgos. Los síntomas y deficiencias del TLP tienden a aumentar y disminuir desde la adolescencia hasta la vejez, y su presentación depende de factores contextuales. Esto conduce, por lo tanto, a la necesidad de disponer de diagnósticos y tratamientos que sean, o bien válidos y aptos para su uso en todas las etapas de vida de los afectados, o bien contar con métodos personalizados para cada rango de edad (Videler et al., 2019).

Sobre la utilidad clínica de los criterios diagnósticos, ésta suele definirse en base a tres factores: la facilidad de uso, la comunicación y la planificación de tratamiento. Un

diagnóstico dimensional se considera particularmente útil en la planificación del tratamiento (Widiger y Mullins-Sweatt, 2010). En el caso del TLP, podría darles a los profesionales información saliente y de importancia que pueda ayudar al clínico a predecir el progreso del paciente en terapia y a saber cómo abordarlo (Mackenzie, 1987). Los planes de tratamiento podrán hacerse en referencia a los síntomas específicos que forman la constelación de síntomas desadaptativos del paciente, no centrándose en un constructo diagnóstico genérico. Permite que se escojan técnicas en consonancia con las debilidades y fortalezas del paciente y atender con especial atención a los síntomas que se presentan de forma más prominente, devolviéndole lo antes posible la funcionalidad y la calidad de vida a los afectados. En nuestro caso, hará que nuestro estudio sea más útil de cara a los tratamientos, ya que nos permitirá además conocer qué dominios de la personalidad afectan más a la calidad de vida.

Lo expuesto está en consonancia con la revisión sistemática sobre la utilidad clínica de los componentes de los modelos de diagnóstico dimensional y categorial para los trastornos de la personalidad de Verheul (2005). Este autor llegó a la conclusión de que los métodos categoriales de manera general aportaban menos confianza, cobertura, sutilidad y menos facilidad para la toma de decisiones clínicas.

Nuestra intención es contribuir a ampliar la investigación surgida en relación a la evaluación dimensional de los trastornos de personalidad desde la publicación de la propuesta del *DSM-5*, ya que aún faltan datos empíricos que demuestren la utilidad superior de las pruebas basadas en este enfoque que permitan, a la postre, crear direcciones sólidas sobre cómo abordar su diagnóstico y las elecciones terapéuticas.

2.3.4. VARIABLES INTERMEDIAS EN EL TLP: DOS ESTUDIOS SOBRE CALIDAD DE VIDA

Existe un gran número de variables que pueden ser de interés en el estudio del Trastorno Límite teniendo en cuenta la gran complejidad que presenta, su marcada presencia en entornos clínicos y la alta necesidad existente de comprenderlo de manera más exhaustiva para poder tratarlo de forma propicia, elevar la calidad de la vida diaria de estos pacientes y aliviarle también sufrimiento a su entorno cercano.

Dada esta amplia cantidad de aspectos que se pueden tener en cuenta con respecto a esta enfermedad, esta tesis se divide en dos estudios. Estos evalúan la personalidad desde una perspectiva con dimensionalidad (a través del método de medición de los rasgos de personalidad *PID-5*), y parten de una misma premisa desde la cual exploran el rol de variables de corte positivo o fortalezas de carácter en la relación rasgos-CDV.

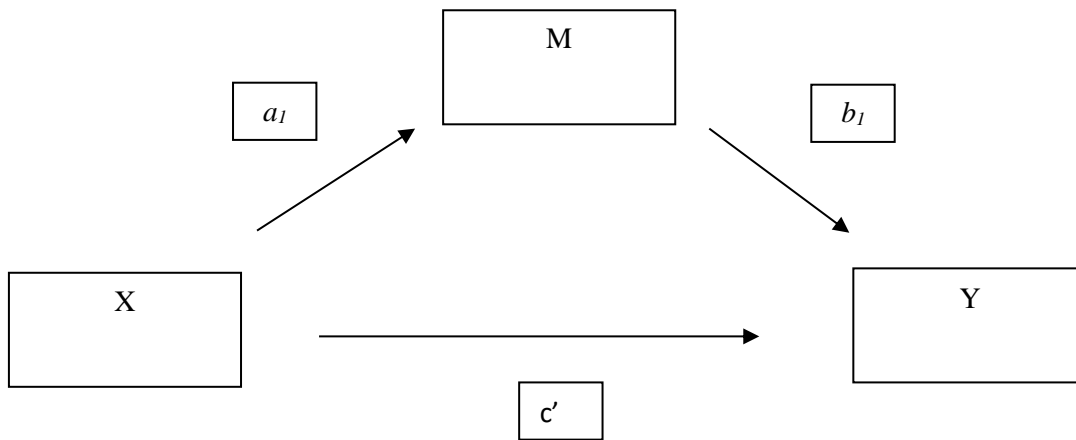
El análisis de estas características o estados positivos se centra en ampliar el foco de la psicopatología al huir de la preocupación, a menudo única, de reparar o evitar el daño que una condición de salud puede conllevar en diversos ámbitos de la vida, y dirigiéndose también hacia el fortalecimiento de las potencialidades de los pacientes. Esto tiene como finalidad instigar el bienestar físico y psíquico de los afectados, tanto de forma objetiva como a través de la propia percepción subjetiva de bienestar (Linley y Joseph, 2004), ya que eliminar aquellos elementos negativos que causan daño al paciente no conlleva inequívocamente una mejora significativa de su calidad de vida, ni ha de ser por sí solo intervención suficiente para abordar todos los aspectos a tratar en relación a una condición de salud mental. Para ello pretendemos alejarnos de modelos tradicionales centrados en la dicotomía salud-enfermedad, que se focalizan únicamente en el control de los síntomas clínicos, algo ya ampliamente estudiado en el TLP. Por ello nos centraremos en el estudio del rol de *factores psicosociales* en la relación rasgos de personalidad-CDV. Estos son constructos multidimensionales muy amplios relacionados

con el ánimo, lo cognitivo, comportamental y social, y cuya potenciación y desarrollo adaptativo pueden equipar al sujeto con fortalezas o características positivas propias que palien los efectos nocivos de su enfermedad al ayudarlos a enfrentarse a ellos.

Ambos estudios que conforman esta tesis analizarán una selección de dichos factores, sosteniendo el enfoque de que la personalidad afecta a la calidad de vida de manera directa, pero que actúan también variables intermedias en esta relación, es decir, existe también una vía indirecta por la que los rasgos influyen a la CDV. Para analizar tanto los efectos directos como indirectos de la personalidad (X) sobre la CDV (Y), utilizaremos el análisis de mediación. Este considera una cadena de relaciones en la que una variable precedente (X) afecta a una variable mediadora (M), que a su vez afecta a una variable resultado (Y). Las variables mediadoras pueden ser constructos conductuales, biológicos, psicológicos o sociales que transmiten el efecto de una variable a otra variable y la mediación es una forma en que un investigador puede explicar este mecanismo (Mackinnon et al., 2007). En esta tesis, analizaremos las siguientes variables psicosociales, atendíéndolas desde su potencial papel mediador entre rasgos de personalidad y calidad de vida: *la satisfacción vital, las estrategias de afrontamiento, el apoyo social percibido y el optimismo disposicional*.

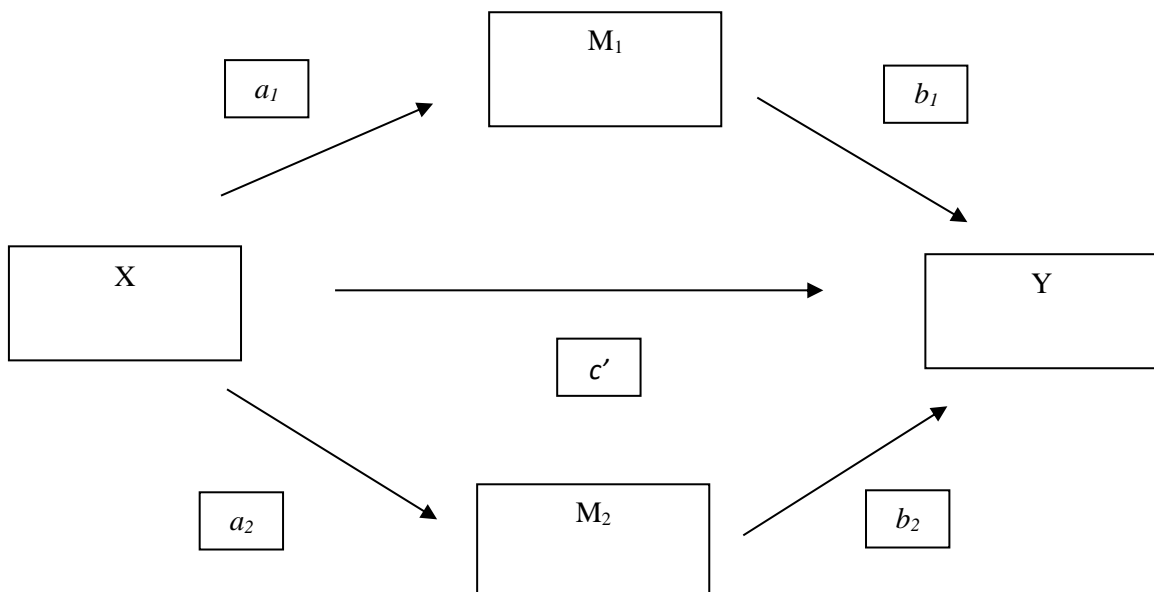
La mediación, en su forma más simple, es decir, teniendo en cuenta solo una variable mediadora, representa la adición de una tercera variable a la relación directa $X \rightarrow Y$, en la que X causa el mediador (M) y M causa Y. Por lo tanto, este modelo podría expresarse como: $X \rightarrow M \rightarrow Y$ (MacKinnon et al., 2007). Este modelo de mediación simple, el cual utilizaremos en el Estudio 1 ya que tendremos en cuenta un único mediador, *la satisfacción vital*, está reflejado esquemáticamente en la Figura 1.

Figura 1. Modelo de mediación simple.



Nota. X = Variable predictora. Y = Variable criterio. M = Mediador. a_1 , b_1 = Efectos indirectos de X sobre Y a través del mediador (M). c' = Efecto directo de X sobre Y.

Figura 2. Modelo de mediación múltiple con 2 mediadores.



Nota. X = Variable predictora. Y = Variable criterio. M = Mediador. a_1 , b_1 , a_2 , b_2 = Efectos indirectos de X sobre Y a través de los mediadores (M_1 y M_2). c' = Efecto directo de X sobre Y.

En cuanto al Estudio 2, utilizaremos un modelo de mediación múltiple, lo que significa que tendremos en cuenta más de una posible variable mediadora interviniendo en la relación X-Y. La representación esquemática de este modelo se refleja en la Figura 2.

Como hemos comentado, el primer estudio analiza el papel mediador de la *satisfacción vital* entre los rasgos de personalidad y ambos componentes de la calidad de vida: la funcionalidad y la calidad de vida relacionada con la salud. Tras concluir este primer estudio surgió la necesidad de extender la investigación, debido al extenso número de factores sobre los que las características del trastorno pueden estar actuando, moldeando su relación con su contexto y asimismo con las variables de calidad de vida. Esta segunda investigación estudió la capacidad mediadora de las *estrategias de afrontamiento, el optimismo disposicional y el apoyo social percibido* en la relación entre personalidad y CDV. Esto nos permitió pasar de un modelo de mediación simple, en el que solo incluimos una variable mediadora, a un modelo más complejo que tiene en cuenta, en nuestro caso, 3 variables mediadoras.

Todas estas variables y los motivos por los que han sido seleccionadas para ser investigadas por su relación con el TLP, la salud y la funcionalidad, se explicarán con detalle en el desarrollo completo de ambos estudios que se presenta a continuación.

CAPÍTULO II: PARTE EMPÍRICA

Estudio 1: Trastorno Límite de la Personalidad, *medido mediante el Personality Inventory for DSM-5*, y calidad de vida: papel mediador de la satisfacción vital.

1. RESUMEN

El Trastorno Límite de personalidad (TLP) se caracteriza por inestabilidad en las relaciones, el humor y la conducta. Se analizaron en dos grupos de mujeres (clínico o con TLP, $N=138$; y control, sin enfermedad física o mental, $N=124$) las diferencias y la relación entre rasgos patológicos de personalidad, medidos mediante el *Personality Inventory for DSM-5* (APA, 2013) y dos dominios de calidad de vida (CDV): relacionada con la salud, utilizando el *Cuestionario de Salud SF-36* (Ware et al., 1993), y relacionada con la funcionalidad medida mediante el *World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0)* (APA, 2013). Se evaluó también el papel mediador de la satisfacción vital utilizando la *Escala de Satisfacción Vital (Satisfaction with Life Scale; SWLS)* (Diener et al., 1985), en las relaciones entre rasgos de personalidad y las dimensiones de calidad de vida en ambos grupos. Se encontraron diferencias significativas entre los grupos en personalidad patológica y calidad de vida. Varias dimensiones de calidad de vida del *SF-36* estaban mediadas significativamente por la satisfacción vital en ambos grupos; las mediaciones entre personalidad y discapacidad total fueron significativas únicamente en el grupo control. Concluimos que esto demuestra el interés en seguir indagando en el papel de variables psicosociales en la relación TLP-CDV y que los tratamientos del TLP podrían incluir módulos que aborden la potenciación de la satisfacción vital, con el fin de paliar los efectos de esta patología en la calidad de vida relacionada con la salud.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. IMPORTANCIA DE LOS MEDIADORES EN LA CALIDAD DE VIDA

Como hemos comentado, pretendemos conocer la relación entre un patrón característico de personalidad (TLP) e indicadores de salud y calidad de vida. Para abordar esta cuestión en profundidad, debe valorarse la posibilidad de que la capacidad de los rasgos y patrones de personalidad de incidir en las cogniciones, comportamientos y emociones del sujeto no se base únicamente en una relación directa entre ambos. La existencia de factores mediadores podría contribuir a explicar las relaciones entre una patología como el TLP y sus complicaciones concomitantes, relaciones que difícilmente serán unidimensionales. Si tenemos en cuenta que en este trastorno juegan un gran papel los procesos intermedios como los sesgos cognitivos y la forma de interpretar la realidad; la cual, además, parece estar dominada por maneras de pensamiento poco adaptativas, algunas debidas a su absolutismo, como el pensamiento dicotómico o *splitting* (APA, 2013), se toma de especial importancia analizar el rol de variables intervinientes entre este conjunto de rasgos patológicos y la CDV.

Las variables mediadoras son de gran importancia en investigación en psicología, ya que permiten ofrecer motivos o posibles explicaciones de los efectos esperados. En nuestro caso, en base a la teoría y a los estudios previos, esperamos encontrar resultados que indiquen una correlación entre calidad de vida y rasgos de personalidad, pero, además, al valorar elementos intermedios, podremos no limitarnos a reflejar la consecuencia sin intentar dilucidar el proceso involucrado. Estos factores permiten crear una teoría sólida al conducir a los investigadores a profundizar en el cómo y a pensar de manera concreta en el funcionamiento de los mecanismos subyacentes que provocan cierto resultado (como un deterioro en la CDV). Esto favorece, a la postre, la creación de programas de intervención, al identificar los componentes críticos que deben ser retenidos y cuáles eliminados del tratamiento por

su papel en las relaciones estudiadas, ahorrando costes y aumentando los beneficios de estos programas (Mackinnon, 2011). Por lo tanto, impulsan a crear una teoría conceptual más allá de correlaciones básicas entre X-Y, que difícilmente desembocarán en intervenciones exhaustivas con objetivos precisos y fundamentados.

En cuanto a variables mediadoras relacionadas concretamente con la calidad de vida, estas han mostrado su importancia en patologías de salud física, como en el caso de pacientes de esclerosis múltiple, donde se encontró que los factores de riesgo tuvieron una compleja influencia en la calidad de vida, la cual estaba mediada por la resistencia, los factores de protección, el afrontamiento basado en las emociones y el basado en los problemas. Los autores concluyeron que los resultados obtenidos del modelo de mediación sugieren que el desarrollo de intervenciones que trabajen y potencien estos mediadores mejorará la calidad de vida de estos sujetos (Kasser, 2020). También se ha valorado la relación entre rasgos de personalidad y calidad de vida relacionada con la salud evaluando como mediadores la autoeficacia y la adherencia en personas con enfermedades crónicas. Aquellos que puntuaban bajo en extraversión o en responsabilidad mejoraban en el aspecto mental de la calidad de vida relacionada con la salud si se reforzaba su autoeficacia general (Axelsson et al., 2013).

En relación al reflejo del rol de una variable mediadora en patologías mentales, podemos nombrar el significado de la vida, que se ha encontrado que media de manera parcial el efecto de la depresión y la desesperanza en pacientes con TLP (Marco et al., 2014). En esta investigación, las visiones subjetivas sobre la propia vida, variables importantes en el estudio del bienestar del individuo, demostraron mediar o modular de manera significativa la gravedad de una condición como el Trastorno Límite de Personalidad. También se ha estudiado el papel intermedio de las creencias inadaptadas en la relación entre el TLP y diferentes rasgos de personalidad. Se encontró que el modelo predictivo que mejor se ajusta a los datos indica que el neuroticismo y la

conciencia son predictores de los síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad, mediados por patrones de creencias inadaptadas (Saldanha-Silva et al., 2019).

En población general, el estudio de Pocnet et al. (2017) examinó la relación entre los rasgos de personalidad incluyendo el neuroticismo, la extraversión y la responsabilidad y la calidad de vida, tomando como factores mediadores la regulación emocional y la autoeficacia. Se encontró cierta relación mediadora; el neuroticismo influenciaba negativamente la calidad de vida, pero las creencias de autoeficacia y el proceso de regulación emocional mitigaban este vínculo. Por otro lado, la autoeficacia servía de vehículo para el efecto de la extraversión sobre la calidad de vida. Los autores consideraron que esto ocurría mediante el refuerzo producido por la tendencia a experimentar emociones positivas que resaltan la confianza y la autoestima.

No obstante, los estudios citados se centran en variables mediadoras de carácter afectivo o cognitivo, pero éstas también pueden manifestarse a través de conductas; los rasgos de personalidad o las diferencias individuales pueden incidir en estas elecciones conductuales o en la capacidad para realizar ciertas conductas que posteriormente pueden tener un impacto en la calidad de vida y la salud. Por ejemplo, los patrones de descanso pueden servir de mediador entre la depresión y la calidad de vida (Brandolim-Becker et al., 2018).

Encontrar estos mediadores, para trabajar en ellos y conocer qué tipo de medidas implementar en terapia, podría contribuir a prevenir un desarrollo negativo de la patología que desembocara en un resultado aún más perjudicial para la calidad de vida del paciente, sobre todo, teniendo en cuenta que variables como la satisfacción vital, considerada como mediador en este estudio, tienen la capacidad de verse influenciadas en terapia (Seyedi-Asl et al., 2016). Esta línea de investigación abre la puerta a otorgar a las intervenciones un carácter multimodal, donde se trataría tanto la psicopatología involucrada como los factores mediadores; por ejemplo, en el caso del

estudio anterior convendría instaurar un programa de mejora de la higiene del sueño al mismo tiempo que se ataca la sintomatología depresiva.

Trabajar en estas variables cobra mayor importancia si tenemos en cuenta que los rasgos de personalidad parecen resistentes al cambio, presentando únicamente pequeñas fluctuaciones en periodos de tiempo relativamente largos como 4 años (Cobb-Clark y Schurer, 2012). Aunque la coherencia temporal de las patologías de la personalidad es difícil de delimitar, ya que se ve afectada por múltiples factores situacionales y metodológicos (Morey y Hopwood, 2013), existe cierto consenso sobre la complejidad inherente a este tipo de trastornos (Delisle, 2011). Teniendo esto en cuenta, parece evidente que gran cantidad de tiempo y recursos deben ser invertidos para lograr mejoras en patologías que se asocian a las particularidades de la personalidad.

En relación a las terapias actualmente disponibles resulta preocupante considerar que, mientras los síntomas del trastorno se regulan, la calidad de vida se sigue viendo afectada. Esto puede traducirse en un punto de difícil retorno hacia niveles saludables para la CDV del sujeto y de su funcionalidad, donde las consecuencias negativas, como la pérdida de empleo o de relaciones significativas, ya sean demasiado marcadas. Incidir sobre las variables mediadoras en terapia podría resultar un camino más rápido, sencillo y efectivo que adoptaría una postura de proceso intermedio ayudando a prevenir un desgaste significativo de la vida del paciente mientras se logra controlar los rasgos de personalidad patológicos.

Desde el enfoque de la psicoterapia positiva se pueden tratar los trastornos realizando o potenciando las emociones, creencias y cogniciones positivas. Por ejemplo, la satisfacción vital, objeto de nuestro estudio, puede verse modificada mediante este tipo de intervenciones. En el trabajo de Seyedi-Asl et al. (2016) se investigaron los efectos de 6 semanas de psicoterapia en la satisfacción vital y la calidad de vida en mujeres con infertilidad. Los resultados encontraron que había un aumento significativo

en satisfacción de vida tras la terapia, no obstante, el nivel de calidad de vida se mantuvo igual. Sin embargo, aquí vemos que la satisfacción vital puede reaccionar a corto plazo y en personas que presentan una afección; adoptar un enfoque integrativo que se centre en graduar los rasgos de personalidad además de en potenciar la satisfacción sería una perspectiva válida para mejorar la calidad de vida.

Resulta complicado delimitar qué variables estudiar como posibles mediadoras de la relación entre rasgos de personalidad y calidad de vida, no obstante, estudiar la satisfacción vital parece un buen punto de partida para esta línea de investigación, si valoramos su estrecha relación con la personalidad. La satisfacción vital parece mantenerse estable a través del tiempo y no reaccionar a los eventos de la vida a no ser que éstos tengan un cariz drástico. Aquí es donde se harían especialmente notables los estilos de personalidad, propiciando que cada persona evalúe el nivel de estrés de las situaciones según sus propios estándares; ciertas personas optarán por centrarse en lo positivo, mientras que otros verán los matices negativos, pudiendo una situación ser extremadamente estresante para unos, pero no para otros (Müller, 2014).

En el caso del TLP existe una tendencia a la hiperreactividad emocional y a dramatizar cada situación. La mayoría de estudios sobre emocionalidad en el TLP han concluido que estos pacientes tienden a responder exageradamente a los estímulos ambientales, sean estos negativos, positivos, neutros o ambiguos (Sansone y Sansone, 2010). Reaccionar a todos los estímulos diarios como si fueran eventos determinantes de la vida podría hacer que la satisfacción vital se viera muy afectada en estos pacientes, pero también cabe la posibilidad de que esta constelación específica de rasgos no tenga la capacidad de afectar a la calidad de vida a través de la satisfacción vital. Esta incógnita recalca otro de los motivos para su selección como posible mediador: la poca representación de esta variable en relación al TLP la cual, a priori, según sus características, podría tener un rol trascendente, algo que pretendemos descubrir en nuestro estudio.

Como otro motivo para analizar el papel de la satisfacción vital cabe destacar su vínculo con la salud mental. Un estudio, cuyos resultados muestran estar en consonancia con investigaciones anteriores, evaluó la relación entre enfermedades mentales en un grupo con edades entre los 18 y los 35 años y encontró que, en general, la satisfacción vital influencia a los trastornos mentales, y que a su vez los trastornos influyen a la satisfacción vital (Fergusson et al., 2015). Esto se ha visto confirmado por otro estudio más reciente que encontró que la satisfacción vital se asocia fuertemente con la salud mental informada, incluso considerando simultáneamente factores situacionales como los ingresos, la salud general o el género (Lombardo et al., 2018). A continuación, definiremos el concepto de satisfacción vital, su relación con la calidad de vida y con el TLP.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. SATISFACCIÓN VITAL

El bienestar subjetivo engloba las evaluaciones emocionales y cognitivas sobre la vida. La satisfacción con la vida es el componente cognitivo o racional del bienestar subjetivo, y se refiere a una evaluación general de la satisfacción que uno tiene con su vida; se considera como un predictor de la felicidad (Diener et al., 2002). Dicho constructo viene a expresar la evaluación de la satisfacción en términos globales, de la vida en su conjunto, incluyendo los aspectos tangibles, comparaciones a partir de un criterio de elección, cómo se sopesan los aspectos positivos y negativos y los juicios cognitivos. Una alta satisfacción con la vida refleja una evaluación, o valoración subjetiva positiva de la propia vida (Ramírez y Maturana, 2012).

No obstante, autores como Feldman (2008) concluyeron que las concepciones que entienden la satisfacción vital como una evaluación de la vida desde un todo están equivocadas, ya que una persona puede sentirse feliz en un momento concreto, aunque no esté satisfecho con su vida como conjunto; desde esta perspectiva tampoco podría

entenderse la satisfacción en aquellos individuos que no evalúen el desarrollo de sus vidas. Como consecuencia de estas reflexiones, Suikkanen (2011) propuso que la felicidad se manifestaría cuando una versión hipotética de uno mismo, racional y bien informada, pudiera juzgar que su vida actual encaja con su plan de vida ideal.

Al igual que no existe una teoría única para definir la satisfacción vital, tampoco hay un consenso sobre los mecanismos que influyen en ésta. Sin embargo, existen dos perspectivas que parecen distinguirse de manera clara: la *perspectiva arriba-abajo* y el *enfoque abajo-arriba*.

La primera teoría (arriba-abajo) se centra en explicar la satisfacción vital a través de características estables propias del sujeto como pueden ser los factores de personalidad u otro tipo de variables internas (Erdogan et al., 2012). Los rasgos de la personalidad influenciarían a la satisfacción al alterar la forma de interpretar, sentir o reaccionar en presencia de determinados eventos existiendo formas más sanas, fomentadoras o preservadoras del bienestar, y otras de índole destructiva para la satisfacción vital.

Por otro lado, el segundo enfoque (abajo-arriba) se centra en explicar la satisfacción por medio de variables externas y de carácter más objetivo. Se trataría de valorar lo felices que somos en función de las expectativas obtenidas en distintos dominios de la vida, como pueden ser el trabajo, las posesiones, el ocio, las relaciones, la familia o la percepción de salud (Erdogan et al., 2012).

Por lo tanto, una perspectiva visualiza la satisfacción como un proceso interpretativo y evaluativo que surge desde el interior, mientras que la segunda la contempla como el resultado del impacto del entorno.

En nuestro caso la satisfacción se medirá mediante la *Escala de Satisfacción Vital (Satisfaction with Life Scale; SWLS)* (Diener et al., 1985).

Aceptaremos la definición de corte global, donde la satisfacción con la vida se basa en una evaluación de los diferentes dominios de la vida en su conjunto

considerando la realización, el bienestar y la plenitud que se extrae de cada uno de ellos en comparación con los propios baremos, principalmente, ya que consideramos que las personas que se ven afectadas por una patología mental como el TLP, donde priman los pensamientos rumiativos cargados de valor interpretativo y alto contenido tóxico, como rumiaciones relacionadas con la ira, la depresión, la ansiedad, las situaciones interpersonales o las situaciones estresantes (Peters et al., 2017), probablemente realicen de manera frecuente una valoración subjetiva más negativa de sus vidas.

En relación a los factores que afectan a la satisfacción vital, consideraremos que las variables internas como los rasgos de personalidad tienen una importancia añadida, entendiendo que la personalidad dicta cómo comprendemos y reaccionamos a ciertas situaciones y estas situaciones también pueden moldear nuestra personalidad, todo ello afectando a nuestra satisfacción con la vida. No obstante, aceptamos también que las dos perspectivas mencionadas no son contradictorias, por lo tanto, no negaremos el poder de los factores situacionales, aunque su capacidad de afectar a la satisfacción vital, en nuestro caso, no va a ser objeto de estudio.

3.1.1. SATISFACCIÓN VITAL Y CALIDAD DE VIDA

La mayoría de estudios que relacionan la satisfacción vital con la calidad de vida en sus diferentes dominios se han centrado en analizar el papel del bienestar subjetivo, en lugar de considerar la satisfacción como elemento independiente. El bienestar es un constructo de orden superior que incorpora también la satisfacción como uno de sus componentes, junto con el afecto positivo y el afecto negativo. No obstante, nuestra elección de no analizar la afectividad en el caso del TLP radica en el gran número de estudios que ya han ahondado en este campo (Chu et al., 2016; Coifman et al., 2012; Scheiderer et al, 2016).

Atendiendo a la satisfacción incorporada en el bienestar subjetivo, la capacidad para experimentar emociones placenteras y la preponderancia de éstas sobre las emociones negativas, ha demostrado su habilidad para repercutir en la salud (Okun et al., 1984) y, por ende, en la ejecución de actividades básicas. Esto se vio confirmado en la investigación de Malkoç (2011), en la que se analizó la relación entre bienestar subjetivo y calidad de vida dividida en cuatro dominios: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y entorno. La calidad de vida, como medida general y sus subdimensiones de salud psicológica e interacciones sociales, influenciaban el bienestar, pero faltaría por evaluar la posible existencia de una relación inversa.

Como investigaciones disponibles en la literatura centradas en el componente cognitivo del bienestar, podemos nombrar la de Grant et al. (2009) donde encontraron que la satisfacción con la vida se asociaba positiva y significativamente con conductas como realizar ejercicio físico, usar protector solar, no fumar y comer de manera saludable; adicionalmente se encontró que la relación entre estas conductas y la satisfacción vital no se veía afectada por las creencias de los posibles efectos beneficiosos para la salud de estas conductas.

La satisfacción vital también se asocia negativamente con enfermedades crónicas, conductas nocivas para la salud, discapacidad y baja salud general (Strine et al., 2008), y positivamente con mejor estado de salud informado; resultado que se repite en diferentes países (Kööts-Ausmees y Realo, 2015). Estudios de esta índole nos llevan a concluir que uno de los mecanismos por los que la satisfacción vital puede afectar a la calidad de vida es mediante su capacidad para potenciar la realización de conductas promotoras de ésta, o para bloquear la realización de actos perjudiciales para la salud.

El artículo de revisión de Diener et al. (2017) pretendía desengranar estos mecanismos y analizó la influencia de los factores del bienestar subjetivo, incluyendo la satisfacción vital o el disfrute de la vida, en la salud física o calidad de vida relacionada con la salud. Concluyeron que el efecto de estas variables sobre la salud y

consecuentemente sobre la calidad de vida, puede darse al propiciar el desarrollo de conductas de salud, como antes mencionamos, pero añade como explicación la posibilidad de que los distintos componentes del bienestar ejerzan un efecto en el sistema inmune y cardiovascular. Podemos afirmar que aún sigue abierto el debate sobre cómo la felicidad y sus componentes afectan a la salud en población sana y en qué grado esto ocurre; en población con patologías mentales queda incluso más camino por recorrer dado el menor número de investigaciones al respecto, no obstante, lo que parece bastante seguro afirmar es que el desarrollo de hábitos mentales positivos puede repercutir en la calidad de vida. Estos datos apoyan el interés de descubrir el papel que juega la satisfacción en la calidad de vida de los pacientes con TLP.

Cabe también mencionar que el bienestar subjetivo está estrechamente vinculado a la edad, ya que a edades más avanzadas la relación bidireccional entre la salud y este constructo cobra mayor importancia por el aumento de la prevalencia de enfermedades y/o condiciones crónicas, las cuales se relacionan con una disfuncionalidad en las diversas dimensiones del bienestar (Steptoe, 2015). Además, se considera que es una variable fundamental en el buen envejecimiento, y en mantener una calidad de vida óptima en la tercera edad, ya que correlaciona con un mejor estado de ánimo, mejores relaciones sociales y menos aislamiento (Requena et al., 2009).

3.1.2. SATISFACCIÓN VITAL Y TLP

De acuerdo a nuestro conocimiento, la cantidad de investigaciones que pretenden conocer el vínculo entre el Trastorno Límite y la satisfacción vital es escasa, no obstante, parecen indicar que son constructos que se relacionan inversamente, y que presentar rasgos típicos de esta patología puede ser un predictor de una peor satisfacción vital en ambos sexos, como encontró el estudio de Koster et al. (2018). Se encontró también que la sintomatología limítrofe correlacionaba inversamente con la satisfacción general con la vida en el estudio de Bural et al. (2019). No obstante, cabe tener en cuenta que

estas investigaciones se llevaron a cabo en muestra adolescente; nuestro estudio intentará llenar el vacío sobre cuál es la relación existente entre TLP y satisfacción en adultos.

Cabe también destacar que, aunque la literatura disponible sea reducida, ciertos autores parecen otorgarle una marcada importancia en relación al TLP. Zeitler et al. (2020) consideran que la satisfacción vital es un indicador relevante en sujetos con esta patología y la han usado como baremo de recuperación del TLP, al considerar que aporta datos más significativos que únicamente la remisión de los síntomas del *DSM*. Concluyen que valorar la recuperación del trastorno mediante la satisfacción con la vida comunicada por el paciente ofrece un criterio alternativo eficiente sobre el estado de la remisión. No obstante, más estudios que analicen la satisfacción vital en el TLP y su rol en la calidad de vida de estos pacientes serán necesarios si se quiere incluir como criterio a tener en cuenta a la hora de dar a un paciente por recuperado.

A pesar, como hemos mencionado, de la falta de estudios que versen sobre esta temática, en base a otras investigaciones podemos intentar dilucidar los posibles mecanismos o características del TLP que pueden tener un impacto en la satisfacción de vida de estos pacientes.

En relación a la satisfacción vital y esta patología, resulta relevante destacar que los síntomas del TLP se relacionan fuertemente con un incremento en las emociones negativas, incluso cuando se tienen en consideración las emociones positivas. Se encontró también que los síntomas del TLP tienen una débil relación con una reducción de las emociones positivas, no obstante, si se tiene en cuenta también la emocionalidad negativa, esta relación deja de ser significativa; existe por tanto una alta preponderancia de emociones negativas sobre las positivas en personas con rasgos del Trastorno Límite. Estos rasgos parecen ser un importante predictor de elevados niveles de experiencias emocionales negativas siendo alta su intensidad, frecuencia y duración en adultos jóvenes (Chu et al., 2016).

Estos datos sobre la afectividad en el TLP tienen especial relevancia si tenemos en cuenta que las emociones positivas predicen tanto la resiliencia como la satisfacción vital; los cambios en resiliencia podrían mediar la relación entre emociones positivas y el aumento en la satisfacción vital. Lo que sugiere que las personas presentan un bienestar subjetivo elevado no por su capacidad para sentirse bien al experimentar emociones positivas, sino por su habilidad para desarrollar recursos que permitan una evaluación que conduzca a vivir bien (Cohn et al., 2009). No obstante, este recurso que encamina hacia el bienestar parece no estar entre las herramientas que poseen los pacientes con TLP para lidiar con sus vidas. Se ha encontrado que la vulnerabilidad para una psicopatología severa como el Trastorno Límite podría ser el resultado de una falta, en estos sujetos, de ejecución de operaciones subyacentes propias de la resiliencia, como la clasificación positiva de las situaciones o una reevaluación retrospectiva adaptativa.

Desde esta perspectiva, el Trastorno Límite, al definirse por un desajuste entre afecto y cognición donde predomina la afectividad negativa persistente, una dominancia de una mentalización automática que no ayuda a poner eventos traumáticos en perspectiva o los problemas para contextualizar y reaccionar a un evento de manera proporcionada, presentaría un perfil de mentalización incongruente con los componentes de la resiliencia (Fonagy et al., 2017). En concreto, la incapacidad de contextualización en el TLP parece definirse por la presencia de bajos niveles de respuestas centradas en la resolución del conflicto, la flexibilidad y la aceptación. Asimismo, estos pacientes manifiestan altos niveles de interpretaciones malévolas de los demás (Arntz et al., 2011); existen, en consecuencia, sesgos interpretativos con tendencia desadaptativa.

Estas formas de pensar y sentir que rigen el TLP plantea incógnitas sobre su inteligencia emocional; aunque se ha concluido que estos pacientes poseen la habilidad para regular las emociones de manera efectiva, de una manera subjetiva experimentan

déficits en la regulación emocional (Arntz et al., 2018); esto conduce a una baja inteligencia emocional y escasa regulación al no ser capaces de poner en marcha esta habilidad cuando es necesario (Peters et al., 2017). No saber activar los mecanismos por los que obra la inteligencia emocional para enfrentar las situaciones podría afectar a la satisfacción vital, si tenemos en cuenta que la inteligencia emocional se relaciona de manera significativa y positiva con la satisfacción e inversamente con el afecto negativo (Extremera y Rey, 2016).

En cuanto a las reacciones de estos pacientes, parece que la forma de responder ante situaciones estresantes por parte del TLP es poco adaptativa. Los signos clínicos del trastorno pueden dividirse en características crónicas y agudas, donde las características agudas se dispararían ante situaciones intensas de estrés; se despliega en ese momento la distorsión cognitiva, la ira intensa o la impulsividad incontrolada. Las respuestas de estrés en ese momento pueden dividirse en dos tipos: una respuesta donde prima la impulsividad y otra donde priman los estados disociativos, ambas reacciones nocivas para el individuo (Bourvis et al., 2017). Valorando estas respuestas, y ya que la satisfacción vital se entiende como la ponderación de aspectos positivos y negativos y juicios cognitivos sobre la propia vida influenciados por cómo reaccionamos a los estresores, es lógico suponer que existirán déficits en la satisfacción vital de estos pacientes.

En base a esta literatura, podríamos concluir que las diferentes dimensiones del bienestar subjetivo, incluida la satisfacción vital, presentarían déficits en pacientes con rasgos TLP y que esto podría deberse principalmente a los siguientes factores: (1) bajas emociones positivas, (2) sesgos interpretativos, (3) baja resiliencia, caracterizada por no existir la protección de la reevaluación retrospectiva positiva, y (4) dificultad para hacer frente a situaciones estresantes.

En relación a qué tipo de intervenciones podrían contribuir a desarrollar el bienestar en el TLP, en el artículo de revisión de Cobben (2017) se encontró que la

mayoría de los tratamientos se han centrado en reducir la sintomatología TLP, obviando otros factores que podrían tener relevancia para mejorar la calidad vital en estos pacientes.

La psicología positiva se centra en las fortalezas, el bienestar y la calidad de vida. Las emociones positivas tienen la capacidad de ampliar la atención, la cognición y las acciones. Este efecto ampliatorio actuaría sobre el repertorio de pensamiento y acción; ayudaría también a desarrollar habilidades y a proporcionar recursos para enfrentarse a las situaciones. Este tipo de tratamientos, en especial las técnicas como el *mindfulness*, han demostrado su poder para aliviar tanto los síntomas del TLP como para incrementar el bienestar y tratar patologías secundarias como la depresión y la ansiedad.

Fomentar el desarrollo y la expresión sana de las emociones puede ser importante en el tratamiento del TLP, ya que se ha encontrado que, en comparación con controles sanos, estos pacientes realizan mayores intentos en suprimir no sólo las emociones negativas sino también las emociones positivas. En función de estos resultados, los autores recalcan que los programas de tratamiento del TLP tendrían que tener en consideración también el desarrollo y la expresión de emociones positivas (Beblo et al., 2013), sobre todo si tenemos en cuenta que la presencia de este patrón de rasgos está vinculada con un menor grado de bienestar, pero la implementación de programas de tratamiento que incluyan el *mindfulness* se relaciona inversamente con la expresión de estos rasgos y con un mayor bienestar (Yu y Clark, 2015).

Por tanto, en caso de que la satisfacción vital presente un efecto mediador entre los rasgos TLP y las dimensiones de calidad de vida, sería consecuente concretar qué características y mecanismos del TLP están repercutiendo en la satisfacción vital de estos sujetos, y trabajar en ellos no sólo desde una perspectiva de control de la sintomatología, sino tratando también de potenciar las emociones positivas y las

fortalezas, que posteriormente puedan repercutir en el bienestar y en la calidad de vida de estos pacientes.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar la calidad de vida en pacientes con Trastorno Límite, analizando la relación entre rasgos patológicos de personalidad y dos dimensiones de calidad de vida: calidad de vida relacionada con la salud y calidad de vida relacionada con la funcionalidad, así como el posible efecto mediador de la satisfacción vital, en comparación con un grupo de control que no padece ninguna enfermedad física ni patología mental.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Evaluar la relación entre los rasgos de personalidad patológicos, medidos mediante el *Personality Inventory for DSM-5* y la calidad de vida relacionada con la salud a través de la manifestación de condiciones y síntomas físicos medidos por medio del *Cuestionario de Salud SF-36*.
2. Evaluar la relación entre la presencia de rasgos patológicos y un empeoramiento en la calidad de vida expresada en la incapacidad o falta de funcionalidad para realizar de forma efectiva actividades de la vida diaria, medida por medio del *WHODAS 2.0*.
3. Evaluar el papel mediador de la satisfacción vital medida mediante *la Escala de Satisfacción Vital*, en la relación entre rasgos de personalidad y las puntuaciones obtenidas en ambos dominios de la calidad de vida (*SF-36* y *WHODAS 2.0*), tanto en el grupo clínico como en el grupo control.
4. Comparar los resultados obtenidos en las medidas de rasgos de personalidad

patológica, ambos dominios de calidad de vida y satisfacción vital entre ambos grupos.

5. Valorar factores de validez y la fiabilidad del *Personality Inventory for DSM-5* como herramienta para detectar la presencia de rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad.

4.3. HIPÓTESIS PLANTEADAS

Hipótesis 1. Los resultados del *WHODAS 2.0*, el *SF-36* y la *SWLS* mostrarán puntuaciones que indiquen una peor calidad de vida relacionada con la funcionalidad, peor calidad de vida relacionada con la salud y menor satisfacción vital respectivamente, en el grupo clínico en comparación con el grupo control.

Hipótesis 2. La satisfacción vital mediará de manera significativa la relación entre los rasgos de personalidad y la calidad de vida relacionada con la salud y la calidad de vida relacionada con la funcionalidad y el papel de esta mediación será similar en ambos grupos.

Hipótesis 3. El *Personality Inventory for DSM-5* presentará una adecuada consistencia interna y reflejará mayores puntuaciones en personalidad patológica en el grupo clínico en comparación con el grupo control.

5. MÉTODO

5.1. PARTICIPANTES

La muestra inicial estaba formada por 294 participantes, 161 del grupo TLP y 133 del grupo control. Se eliminaron 34 casos por no cumplimentar todas las pruebas o dejar muchos ítems sin contestar, así como 8 participantes varones, para dejar la muestra

sólo formada por mujeres ante el escaso número de representación masculina en el grupo clínico. En el grupo control, teniendo en cuenta esta circunstancia, se reclutaron desde el principio sólo mujeres.

La muestra final contó, entonces, con 262 mujeres (138 en el grupo clínico y 124 en el grupo control) con una edad media de 30.98 años ($DT = 8.12$) y un rango entre 18 y 55 años. El 52.7% de las participantes estaba casada o tenía pareja. En cuanto a la actividad que desarrollaban, el 27.9% eran estudiantes, el 39.7% estaban empleadas, y el 32.4% desempleadas.

Los criterios de inclusión para ambos grupos fueron tener una edad comprendida entre los 18 y los 55 años, lo que permitió controlar que cualquier deterioro detectado no se debiera a una avanzada edad, y tener una buena comprensión de la lengua española, para cumplimentar apropiadamente las pruebas. En cuanto a los criterios específicos, las participantes del grupo control no debían presentar ninguna enfermedad física o mental, estar en terapia psicológica o tomar medicación psiquiátrica. También debían informar de una salud física y mental de al menos 3 en una escala de 5 puntos. En cuanto al grupo TLP, el único requisito específico era estar diagnosticada por un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra) con Trastorno Límite de la Personalidad. El 9.5% llevaba diagnosticada menos de 6 meses; el 32.5% entre 6 meses y 2 años; el 25.2% entre 2 y 5 años; y el 32.5% restante, más de 5 años. El 57.8% había sido diagnosticado en centros de la sanidad pública y el 42.2% en centros de la sanidad privada.

5.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

5.2.1. *THE PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 BRIEF FORM (PID-5-BF)*

(APA, 2013)

Se trata de una escala autoadministrada que tiene en cuenta las dificultades particulares del individuo en el funcionamiento de la personalidad y el patrón específico de esos

rasgos patológicos. Utilizaremos una traducción propia de esta escala, que ha sido llevada a cabo utilizando el método de traducción-contratraducción.

Este instrumento pretende evaluar la presencia de uno de los siguientes trastornos de personalidad: Trastorno Límite de la Personalidad, trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, trastorno de la personalidad por evitación, trastorno esquizotípico de la personalidad, trastorno de personalidad antisocial, trastorno de personalidad narcisista y trastorno de personalidad de rasgo específico (APA, 2013).

Congruente con el enfoque de la personalidad que aceptamos para nuestro estudio, este instrumento entiende los rasgos como poseedores de dos polos opuestos donde se asume que existe continuidad entre su vertiente adaptativa o resiliente y aquella considerada como patológica o desadaptativa. Los rasgos, según esta escala, fluctúan en este continuo a lo largo de la vida, bien por madurez o como resultado de las experiencias y, por lo tanto, no son características fijas o estáticas (Torres-Soto et al., 2019).

Utilizaremos la versión corta de este instrumento de medida que consta de un total de 25 ítems (ver Anexo 1), distribuidos en 5 ítems para cada uno de los siguientes dominios de rasgo: *Afectividad negativa* (que evalúa aspectos como: “me emociono fácilmente incluso por el más mínimo motivo”), *desapego* (con ítems como: “no me gusta acercarme mucho a la gente”), *desinhibición* (midiendo criterios como: “la gente diría que soy imprudente”), *psicoticismo* (que incluye ítems como: “con frecuencia tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otros dicen que son extraños”) y por último, *antagonismo* (con preguntas como: “no me importa demasiado herir los sentimientos de otros”). Los ítems se evalúan en una escala de 4 puntos (0=bastante falso; 1=algo falso; 2=algo verdadero; 3=bastante verdadero). Las puntuaciones del *PID-5* se expresan en una puntuación media para la escala total, así como para cada dominio que oscila entre 0 y 4. Las puntuaciones medias más altas indican una mayor disfunción en la personalidad.

En cuanto a los datos sobre sus propiedades psicométricas, una versión española del *PID-5*, alternativa a la que utilizaremos, ha demostrado buenos datos de validez y fiabilidad. En el estudio de Gutiérrez et al. (2017) se administró el cuestionario a dos muestras, 446 sujetos pertenecientes a una muestra clínica y 1036 como muestra control. Se encontró una buena consistencia interna en ambas muestras con valores de media α iguales a 0.86 y 0.79 respectivamente. También demostró su capacidad para distinguir entre muestras clínicas y no clínicas con una diferencia en la media estandarizada de $z = 0.81$. Asimismo, llegaron a la conclusión de que la estructura jerárquica de 5 factores de este inventario se puede considerar confirmada para ambas muestras ya que el coeficiente de congruencia de Tucker es superior al 0.95.

Por su parte, en el artículo de revisión de Al-Dajani et al. (2016) en el que se evaluaron 30 investigaciones sobre las propiedades psicométricas de este instrumento, se llegó a la conclusión de que el *PID-5* presentaba convergencia con otros instrumentos disponibles para evaluar la personalidad, una estructura de factores sólida y que puede ser replicada y, por lo tanto, puede considerarse que sus cualidades psicométricas son adecuadas.

En cuanto a las propiedades psicométricas de su versión abreviada (*PID-5-BF*), la cual utilizaremos, fueron estudiadas por Anderson et al. (2018) quienes analizaron la fiabilidad, la estructura factorial y la validez de constructo de las puntuaciones de este formato de la escala. Los autores encontraron apoyo a la correcta fiabilidad de las escalas del instrumento, así como para su estructura factorial.

No obstante, los datos sobre su fiabilidad y validez en población TLP aún parecen escasos. Esperamos cubrir esta evidencia limitada al utilizar este instrumento en nuestro estudio y analizar sus propiedades psicométricas.

5.2.2 WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT

SCHEDULE 2.0. (WHODAS 2.0) (APA, 2013)

Se trata de una escala autoadministrada de la cual utilizaremos la versión española (Vázquez-Barquero et al., 2000) de 36 ítems (ver Anexo 2). Permite evaluar la funcionalidad y la discapacidad adoptando como referencia la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Se trata de un instrumento standard que permite la comparación entre diferentes poblaciones. Mide la salud, la discapacidad y las limitaciones a partir de las experiencias de los últimos 30 días, evaluando 6 categorías: *comprensión y comunicación*, *capacidad para moverse en su entorno*, *cuidado personal*, *relacionarse con otras personas*, *actividades de la vida diaria* y *participación en sociedad*. Los ítems se evalúan en una escala de 5 puntos sobre cuánto le costó realizar lo que se postula en el enunciado (0=nada; 1=leve; 2=moderado; 3=severo; 4=extrema o no puede hacerlo).

En nuestro caso, no consideraremos dentro de la categoría de *actividades de la vida diaria* los ítems relativos a estudios o trabajo, ya que las características del trastorno objeto de estudio hacen que muchas de las participantes no estén dedicándose, en el momento de la investigación, a ninguna actividad académica o laboral.

En cuanto a la forma de puntuar, la puntuación total varía de 0 a 100, donde puntuaciones más altas indican mayor discapacidad. La escala proporciona la posibilidad de calcular la puntuación de manera simple y compleja. En nuestro estudio hemos optado por la forma compleja de puntuar. Esta se denomina "*puntuación basada en la teoría de la respuesta al ítem*" (IRT). Tiene en cuenta múltiples niveles de dificultad para cada ítem del WHODAS 2.0, y toma la codificación de cada respuesta como "ninguna", "leve", "moderada", "severa" y "extrema" por separado, para luego utilizar un algoritmo para determinar la puntuación ponderando diferentemente los elementos y los niveles de gravedad. Esto permite un análisis más detallado y más útil a la hora de comparar respuestas entre poblaciones.

En cuanto a los datos sobre su validez, Üstün et al. (2010) llevaron a cabo una investigación donde se aplicó este instrumento a más de 65000 participantes. Los resultados mostraron que el *WHODAS 2.0* presenta una alta consistencia interna alcanzando un 0.86 de *alfa* de Cronbach. Asimismo, cuenta también con una buena validez concurrente en comparación con otras medidas validadas de la discapacidad y las limitaciones. Estos datos han llevado a los autores a considerar este instrumento como robusto y fácil de administrar para conocer el peso en los sujetos de los trastornos físicos y mentales y también a través de distintas poblaciones. Asimismo, el *DSM-5* recomienda también el *WHODAS 2.0* para la evaluación estandarizada de la discapacidad funcional en personas con trastornos mentales (APA, 2013).

En lo que respecta a las propiedades psicométricas de la versión española de 36 ítems, ha demostrado buenas cualidades aplicada también a poblaciones clínicas. En el estudio de Guilera et al. (2015) se evaluó su validez y fiabilidad en población con trastorno bipolar tipo I, llegándose a la conclusión de que ambas podían considerarse apropiadas. Teniendo en cuenta que se trata también de una patología de ciclado del ánimo, como el Trastorno Límite, estos datos son particularmente relevantes. La investigación encontró que el *WHODAS 2.0* fue capaz de diferenciar entre pacientes con distintas intensidades en sus síntomas clínicos y presentó una consistencia interna para la puntuación total de 0.96.

5.2.3. CUESTIONARIO DE SALUD SF-36 (SHORT FORM HEALTH SURVEY; SF-36) (WARE ET AL.,1993)

Para nuestro estudio utilizaremos la versión española del *Cuestionario de Salud SF-36* (Alonso et al., 1995), el cual es un instrumento autoadministrado (ver Anexo 3). El *SF-36* es uno de los cuestionarios de calidad de vida más evaluados y utilizados. Es una

medida genérica, en contraposición con aquellas que se centran en una enfermedad o grupo específico (Alonso et al., 1995).

Está compuesto por 36 ítems que se miden en escalas de distintos puntos y están divididos en 8 secciones: *vitalidad o energía, funcionamiento físico, dolor corporal (ausencia), percepciones generales en salud, funcionamiento del rol físico, funcionamiento del rol emocional, funcionamiento del rol social y salud mental*. El *SF-36* incluye un ítem de transición que mide el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior. Este ítem no lo incluiremos en nuestro estudio ya que no se utiliza para el cálculo de ninguna de las escalas, pero proporciona información útil sobre el cambio percibido en el estado de salud durante el año previo a la administración del *SF-36* (Ware et al., 1993).

La puntuación total se obtiene en una escala de 100 puntos, las puntuaciones más altas indican una menor discapacidad, es decir, una puntuación de cero equivaldría a la mayor discapacidad y una puntuación de 100 a ninguna discapacidad.

En cuanto a las propiedades psicométricas del instrumento en su versión original, Jenkinson et al. (1994) las exploraron en una amplia muestra comunitaria y en grupos que informan de diferentes niveles de problemas de salud. Hallaron que la consistencia interna de todos los dominios resultó ser alta, tanto para la muestra en su conjunto como cuando se consideraron los grupos de forma específica. También se observaron tendencias estadísticamente significativas, donde la disminución de las puntuaciones del *SF-36* se relacionaba con una peor salud general informada.

En relación a su versión española, en la revisión de Vilagut et al. (2005) se analizaron 17 artículos que describían las características psicométricas de este cuestionario. En el 96% las escalas superaron el estándar propuesto de fiabilidad (α de Cronbach) de 0.70. Las estimaciones agrupadas obtenidas por metaanálisis fueron superiores a 0.70 en todos los casos. El *SF-36* mostró buena discriminación entre

grupos de gravedad, correlación moderada con indicadores clínicos y alta con otros instrumentos de calidad de vida relacionada con la salud.

5.2.4. ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL (*SATISFACTION WITH LIFE SCALE; SWLS*) (DIENER ET AL.,1985)

Se trata de una escala autoadministrada de la cual utilizaremos la versión española (Atienza et al., 2000). Está compuesta por 5 ítems que se evalúan en una escala de 7 puntos. Siendo 1 = nada de acuerdo con el enunciado y 7 = totalmente de acuerdo con el enunciado. La puntuación puede variar entre los 5 y los 35 puntos con las puntuaciones más altas reflejando una mayor satisfacción vital. Incluye ítems como: "las condiciones de mi vida son excelentes" (ver Anexo 4).

Mide el componente cognitivo del bienestar subjetivo, evaluando la satisfacción vital de manera global, sin atender a otros constructos relacionados como el afecto positivo, a través de un proceso cognitivo y de juicio. Ha demostrado ser una medida adecuada para grupos de distintas edades (Diener et al., 1985).

Esta escala ha mostrado una alta consistencia interna habiéndose obtenido *alfa* de Cronbach que oscilan entre 0.79 y 0.89, y las correlaciones entre el ítem y la puntuación total rondan entre 0.51 y 0.80. Respecto a la estabilidad temporal, los índices se encuentran alrededor de 0.83 para períodos de dos meses, y 0.50 para períodos de tiempo más extensos (Pavot y Diener, 1993).

En cuanto a las propiedades psicométricas de la versión española, el estudio de Atienza et al. (2000) analizó la validez de este instrumento en una muestra amplia y encontró que el análisis de fiabilidad demostraba que presenta buena consistencia interna, así como una validez convergente adecuada manteniendo relaciones significativas con los constructos relacionados como los sentimientos de felicidad y soledad.

5.3. PROCEDIMIENTO

En este estudio, de carácter transversal, las participantes completaron los cuestionarios en una única ocasión, a través de dos plataformas online, una para cada grupo (ver Anexos 5 y 6). Cada plataforma explicaba en su página de inicio la metodología de la participación, así como los objetivos del estudio. Estos se detallaron de forma personalizada para cada grupo, atendiendo a aquellos elementos de la investigación en los que convenía hacer énfasis según las características de cada población.

Al acceder a sus respectivas páginas, las participantes rellenaron un breve cuestionario de inscripción en el que se les planteaban las cuestiones de carácter sociodemográfico y se explicaban todos los términos del estudio. Para completar este registro las participantes aceptaron los términos y condiciones del mismo, que incluían toda la información relevante a la protección de datos y al consentimiento informado para participar en este estudio y para ser incluidas en la investigación (ver Anexo 7). Una vez completada esta inscripción, se les daba acceso a las pruebas que cumplimentaron y enviaron a través de la página web donde posteriormente se almacenaron en la base de datos para su posterior análisis. Puede verse en el Anexo 8 un ejemplo de la forma en la que se presentaban y desplegaban los cuestionarios en las plataformas para ser respondidos.

Se habilitó también una sección de contacto donde las participantes podían enviar sus dudas respecto a cómo responder al contenido de los cuestionarios, a su participación, así como para resolver cualquier cuestión relacionada con la investigación que pudiera surgir. Esto se realizó con el fin de prestar la mayor asistencia a ambos grupos de estudio, y conseguir que las pruebas se completaran de forma correcta pudiendo corregir fallos de entendimiento o enfoque por parte de las participantes, de cara a lograr resultados y conclusiones fiables y paliar en la medida de lo posible las deficiencias de una participación telemática.

La muestra de afectadas por TLP se obtuvo con la ayuda de tres asociaciones especializadas en trastornos de la personalidad que accedieron a invitar, de manera presencial, a sus usuarias a participar en el estudio, así como a publicar en sus grupos de redes sociales información sobre la investigación y el enlace a la web de participación y recogida de datos. Este método para lograr la participación nos permitió una muestra clínica de pacientes con TLP representativa de diferentes puntos de España. Las asociaciones que cooperaron fueron: *La Fundación Regional Murciana de Ayuda e Investigación del Trastorno Límite de la Personalidad (ARMAI-TLP)*, *Trastornos de Personalidad Galicia (TP-Galicia)* y *La Asociación Valenciana de Trastornos de la Personalidad (ASVA-TP)*. En cuanto al grupo de control se formó con mujeres que estudiaban en la UNED, ya que las características de esta universidad permiten contar con un rango amplio de edades, de ocupación (no limitado a estudiantes, ya que muchas de ellas desempeñan también una actividad laboral) y de localización, al contar con estudiantes de diferentes puntos de la geografía española. Esto permitió que el grupo control fuera equiparable al grupo clínico en las cuestiones sociodemográficas.

En todos los casos se contó con informe favorable de las asociaciones y de la universidad sobre el proyecto investigador y la protección de datos de las participantes.

5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa *SPSS 24* para realizar los análisis estadísticos. Las diferencias entre los grupos clínico y control se analizaron con la prueba de χ^2 para las variables sociodemográficas, y con la *t* de Student para las variables psicológicas. La consistencia interna de las pruebas se obtuvo con el coeficiente α de Cronbach. El posible papel mediador de la satisfacción vital, en las relaciones de la personalidad patológica con los diferentes criterios de calidad de vida medidos, se contrastó mediante regresiones lineales múltiples jerárquicas. En aquellos casos en los que la satisfacción vital resultó

un predictor significativo, se analizó si había efecto de mediación utilizando el test de Sobel.

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y DE COMPARACIÓN DE GRUPOS

La Tabla 1 muestra los datos sociodemográficos de las participantes en el estudio. Estos indican que no hubo diferencias en edad entre los dos grupos ($p = 0.25$), aunque sí había más mujeres sin pareja ($\chi^2 = 9.89$, $p = 0.002$, V de Cramer = 0.19) y desempleadas ($\chi^2 = 20.57$, $p < 0.001$, V de Cramer = 0.28) en el grupo clínico.

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos del estudio.

	<i>Grupo clínico</i> ($N = 138$)	<i>Grupo control</i> ($N = 124$)
Edad [<i>media (DT)</i>]	30.44 (8.08)	31.59 (8.15)
Pareja [<i>n (%)</i>]		
No	78 (56.5)	48 (37.1)
Sí	60 (43.5)	78 (62.9)
Actividad [<i>n (%)</i>]		
Estudiantes	39 (28.3)	34 (27.4)
Empleadas	39 (28.3)	65 (52.4)
No empleadas	60 (43.5)	25 (20.2)

La Tabla 2 presenta los datos descriptivos de las variables estudiadas (medias y desviación típica) y los coeficientes de fiabilidad de los instrumentos utilizados. En todos los casos se obtuvieron fiabilidades adecuadas, las cuales se calcularon teniendo en cuenta la muestra total de ambos grupos. Se superó en todos los casos el nivel de fiabilidad aceptable ($\alpha = 0.70$) (Cronbach, 1951). El *PID-5* y sus subescalas mostraron una consistencia interna que oscila entre los valores de 0.78 y 0.95. La *SWLS* para

medir la satisfacción vital reflejó un valor de 0.92. Las medidas de calidad de vida presentaron coeficientes *alfa* de Cronbach que variaron entre 0.77 y 0.94 para el *SF-36*, y el *WHODAS 2.0*, como puntuación global, mostró un valor de 0.97 y sus subescalas oscilaron entre 0.78 y 0.96.

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en las diferentes medidas, en el *PID-5* ambos grupos mostraron la mayor puntuación en personalidad patológica en las subescalas de *desinhibición* y *afecto negativo*. En el *WHODAS 2.0*, las subescalas que reflejaron las mayores puntuaciones en discapacidad fueron las de *realización de actividades* y *participación en sociedad* en el grupo clínico, y las de *participación en sociedad* y *relaciones* en el grupo control. En cuanto al *SF-36*, las mayores dificultades en CDV relacionada con la salud se dieron en las subdimensiones de *rol emocional* y *vitalidad/energía* en el grupo clínico, al presentar las puntuaciones más bajas. En el grupo control, las puntuaciones más bajas en salud fueron en las subescalas de *salud mental* y *vitalidad/energía*.

En la Tabla 2 también se refleja la prueba *t* de Student utilizada para analizar las diferencias entre las medias, tomando en cada caso el valor que correspondía según fuera significativa o no la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas. En todos los casos, las diferencias fueron significativas ($p < 0.001$) y con tamaños del efecto (*d*) superiores a 0.80 y, por lo tanto, considerados como grandes según la clasificación de Cohen (1988). El grupo clínico, en comparación con el control, reflejó puntuaciones más altas en los rasgos de personalidad patológica en todos los dominios y en discapacidad en su puntuación total y en todas sus subescalas, así como puntuaciones significativamente más bajas en satisfacción vital y en los dominios de calidad de vida relacionada con la salud medidos con el *SF-36*.

En la Tabla 3 se muestran los coeficientes de correlación lineal de Pearson (*r*) entre las variables. Para interpretar estas correlaciones, las denominaremos siguiendo los índices de intensidad de Evans (1996) donde un valor menor de 0.20 se considera

una correlación muy débil; de 0.20 a 0.39, débil; de 0.40 a 0.59, moderada; de 0.60 a 0.79, fuerte; y de 0.80 o más se considera una correlación muy fuerte.

Las correlaciones son todas significativas ($p < 0.001$) y positivas entre las puntuaciones de las subescalas del *PID-5* y las del *WHODAS 2.0*; se dio entre estas variables una relación lineal de intensidad moderada a fuerte con valores entre 0.53 y 0.80. Además, entre la puntuación total de personalidad patológica y la discapacidad se halló una correlación muy fuerte (0.87). Por otro lado, las correlaciones fueron negativas, y oscilaron entre débiles a fuertes (entre -0.28 y -0.73) entre las subdimensiones del *PID-5* y el *SF-36*. Asimismo, la puntuación total en rasgos patológicos mostró correlaciones con las escalas del *SF-36* de intensidad moderada a fuerte (-0.38 a -0.80). En cuanto a la satisfacción, correlaciona negativamente con el *WHODAS 2.0*, con valores entre -0.53 y -0.72 siendo por lo tanto relaciones moderadas a fuertes, y positivamente con el *SF-36*, con valores entre 0.35 y 0.75, intensidades que van de leves a fuertes según las subescalas.

Por lo tanto, como podemos ver en la Tabla 3, los resultados muestran que a mayor puntuación en personalidad patológica (*PID-5*) mayor puntuación en discapacidad (*WHODAS 2.0*) y menor puntuación en la medida de calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*). Por su parte, las puntuaciones altas en satisfacción vital se relacionan con puntuaciones bajas en discapacidad (*WHODAS 2.0*) y altas en el *SF-36*.

Tabla 2. Descriptivos (Media y Desviación típica) de los grupos clínico ($N = 138$) y control ($N = 124$), prueba de contraste entre grupos (t de Student) y tamaño del efecto (d de Cohen) y coeficiente de fiabilidad de las pruebas (α de Cronbach) en la muestra total ($N = 262$).

	Grupo clínico	Grupo control	rango	t	d	α
	M (DT)	M (DT)				
PID-5 Afectividad negativa	2.39 (.51)	1.14 (.58)	0-3	18.31***	2.29	0.83
PID-5 Desapego	1.68 (.64)	0.61 (.52)	0-3	14.72***	1.84	0.80
PID-5 Antagonismo	1.50 (.67)	0.48 (.40)	0-3	15.12***	1.85	0.78
PID-5 Desinhibición	2.17 (.56)	0.72 (.58)	0-3	20.49***	2.46	0.88
PID-5 Psicoticismo	1.91 (.65)	0.62 (.53)	0-3	17.83***	2.19	0.86
PID-5 TOTAL	1.93 (.41)	0.72 (.37)	0-3	24.99***	3.12	0.95
SATISFACCIÓN TOTAL	2.37 (1.15)	4.60 (1.17)	1-7	-15.49***	-1.92	0.92
WHODAS comunicación	48.37 (18.20)	9.67 (11.54)	0-100	20.29***	2.54	0.90
WHODAS movilidad	34.49 (23.65)	5.12(10.60)	0-100	12.72***	1.60	0.89
WHODAS cuidado	35.51(21.82)	4.49 (6.35)	0-100	15.27***	1.93	0.78
WHODAS relaciones	50.91 (23.24)	13.31 (15.95)	0-100	16.86***	1.87	0.87
WHODAS actividades	60.05 (27.82)	12.20 (17.44)	0-100	16.85***	2.06	0.96
WHODAS participación	59.40 (17.93)	13.23 (14.07)	0-100	23.30***	2.86	0.92
WHODAS TOTAL	48.12 (16.44)	9.67 (10.04)	0-100	22.53***	2.82	0.97
SF funcionamiento físico	78.80 (22.14)	95.44 (8.67)	0-100	-8.16***	-1.00	0.91
SF funcionamiento rol físico	50.91 (45.45)	85.48 (30.09)	0-100	-7.33***	-0.90	0.93
SF funcionamiento rol emocional	7.97 (24.68)	69.62 (41.43)	0-100	-14.43***	-1.81	0.94
SF Vitalidad/Energía	28.22 (18.42)	58.51 (16.54)	0-100	-13.94***	-1.73	0.90
SF Salud mental	33.30 (16.11)	67.48 (16.49)	0-100	-16.96***	-2.10	0.92
SF funcionamiento rol social	55.47 (26.84)	78.37 (18.37)	0-100	-8.12***	-1.00	0.77
SF Salud general	38.12 (22.19)	68.67 (18.06)	0-100	-12.27***	-1.51	0.88
SF Dolor (ausencia)	55.47 (26.84)	78.37 (18.37)	0-100	-8.12***	-1.00	0.84

Nota. PID-5 = Personality Inventory for DSM-5; WHODAS = WHO Disability Assessment Schedule; SF = Short Form Health Survey; M = Media; DT = Desviación típica; *** = $p < 0.001$.

Tabla 3. Correlaciones de la personalidad patológica (medida con el *Personality Inventory for DSM-5*) y la satisfacción vital (medida con el *SWLS*) con la funcionalidad (medida con el *WHODAS 2.0*) y la calidad de vida relacionada con la salud (medida con el *SF-36*) en la muestra total ($N = 262$).

		Personalidad						Satisfacción
		Afectividad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo	Total	
<i>WHODAS 2.0.</i>	Comunicación	0.75***	0.70***	0.62***	0.78***	0.77***	0.84***	-0.68***
	Movilidad	0.59***	0.59***	0.53***	0.60***	0.62***	0.68***	-0.53***
	Cuidado	0.66***	0.57***	0.58***	0.66***	0.61***	0.71***	-0.57***
	Relaciones	0.67***	0.73***	0.61***	0.67***	0.68***	0.78***	-0.65***
	Actividades	0.64***	0.61***	0.63***	0.68***	0.64***	0.74***	-0.61***
	Participación	0.69***	0.69***	0.66***	0.78***	0.70***	0.82***	-0.71***
	Total	0.75***	0.74***	0.69***	0.80***	0.76***	0.87***	-0.72***

Tabla 3. (continuación)

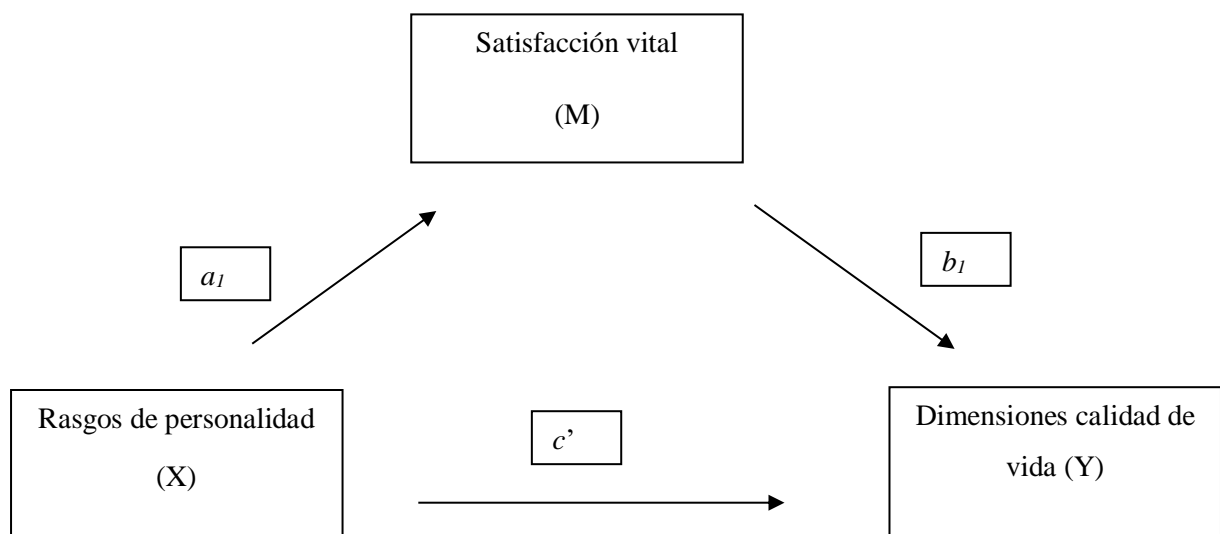
		Personalidad						Satisfacción
		Afectividad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo	Total	
SF-36	Funcionamiento físico	-0.41***	-0.39***	-0.39***	-0.43***	-0.44***	-0.48***	0.37***
	Rol físico	-0.32***	-0.32***	-0.28***	-0.36***	-0.35***	-0.38***	0.35***
	Rol emocional	-0.60***	-0.57***	-0.54***	-0.62***	-0.59***	-0.68***	0.63***
	Vitalidad/Energía	-0.64***	-0.67***	-0.57***	-0.63***	-0.66***	-0.73***	0.67***
	Salud mental	-0.73***	-0.70***	-0.58***	-0.73***	-0.70***	-0.80***	0.75***
	Funcionamiento rol social	-0.47***	-0.40***	-0.39***	-0.46***	-0.49***	-0.51***	0.36***
	Salud general	-0.58***	-0.55***	-0.53***	-0.61***	-0.61***	-0.67***	0.59***
	Dolor (ausencia)	-0.47***	-0.40***	-0.39***	-0.46***	-0.49***	-0.51***	0.36***

Nota. *** $p < 0.001$

6.2. ANÁLISIS DEL EFECTO DE MEDIACIÓN

A continuación, se analizó el efecto directo de la personalidad (variable predictora) sobre las dimensiones de calidad de vida (variable criterio), así como el efecto mediacional de la satisfacción vital. Esto se realizó en cada grupo por separado, dadas las importantes diferencias encontradas entre ellos. Para ello, se puso a prueba el siguiente modelo:

Figura 3. Modelo de mediación analizado en el Estudio 1.



Nota. a_1 , b_1 = efectos indirectos de los rasgos de personalidad sobre las dimensiones de calidad de vida a través del mediador (M). c' = efecto directo de los rasgos de personalidad sobre las dimensiones de calidad de vida.

En cuanto al procedimiento, se llevó a cabo uno de los métodos más utilizados para evaluar la mediación, el enfoque de los pasos causales descrito en el trabajo de Baron y Kenny (1986). Para ello, se aplicaron regresiones lineales múltiples jerárquicas introduciendo en el paso 1 la personalidad (puntuación total en el *PID-5*), considerada como la variable independiente (VI) en el análisis mediacional, y añadiendo en el paso 2 la satisfacción vital, considerada como variable mediadora (VM). No se encontraron efectos de colinealidad en ninguno de los análisis realizados. En aquellos casos en los

que la VM resultó significativa, se analizó si había efecto de mediación utilizando el test de Sobel (Sobel, 1982).

En la Tabla 4 pueden consultarse los datos de los modelos finales (paso 2), así como observar el cambio de la beta estandarizada de la VI (personalidad) entre el paso 1 y el paso 2 en el que se añade el efecto del mediador (satisfacción vital). Se han resaltado aquellos casos en los que el papel de la satisfacción vital como mediador resultó significativo. Se presenta también R^2 como medida del tamaño del efecto, entendida como el porcentaje de varianza de la variable dependiente (Y) explicada por los modelos de mediación (X y M) analizados y que resultaron significativos, algo apoyado como medida del tamaño del efecto útil en mediación por Fairchild et al. (2009).

En el grupo clínico se encontró una relación directa significativa entre personalidad y *discapacidad total*, y no se encontró efecto de mediación. En cuanto a las relaciones entre personalidad y los dominios medidos en el SF-36, se encontraron 4 efectos directos significativos entre personalidad y *funcionamiento físico*, *rol social*, *salud general* y *ausencia de dolor*. Se encontraron 3 mediaciones significativas por parte de la satisfacción vital entre rasgos de personalidad y *rol emocional* ($p < 0.01$), *vitalidad* ($p < 0.01$) y *salud mental* ($p < 0.001$). El porcentaje de varianza explicado por estos modelos fue de entre el 7% y el 30%. No se encontró una relación directa ni indirecta que resultara significativa entre rasgos de personalidad y el rol físico.

En relación al grupo de control, la relación de la personalidad con la *discapacidad total* se encontró significativamente mediada por la satisfacción vital ($p < 0.001$), así como los siguientes dominios del SF-36: *vitalidad/energía* ($p < .01$), *salud mental* ($p < 0.001$), *salud general* ($p < 0.01$) y *rol emocional* ($p < 0.01$). El porcentaje de varianza explicado por estos modelos fue entre el 16% y el 43%. Asimismo, la personalidad tuvo un efecto directo significativo sobre las subescalas *rol social* y *ausencia de dolor* del SF-36. No se obtuvieron modelos significativos entre personalidad y funcionamiento físico y rol físico.

Tabla 4. Modelo final de las regresiones lineales múltiples jerárquicas y test de Sobel de efectos mediacionales de la satisfacción vital en las relaciones de la personalidad (*PID-5*) con los dominios de la calidad de vida medidos en los grupos clínico ($N = 138$) y control ($N = 124$).

Crterios [VD]	β [VI] Personalidad	β [VM] Satisfacción	F	R^2	Sobel (Z)
GRUPO CLÍNICO					
Discapacidad total	0.54 ^{***} (.57 ^{***})	-0.07	32.91 ^{***}	0.32	
SF Func. físico	-0.27 ^{***} (-0.27 ^{***})	-0.01	5.19 ^{**}	0.06	
SF Func. rol físico	-0.02 (-0.06)	-0.09	0.68	0.01	
SF Func. rol emocional	-0.08 (-0.18[*])	0.26^{**}	6.50^{**}	0.07	-2.47^{**}
SF Vitalidad	-0.32^{***} (-0.41^{***})	0.25^{**}	19.29^{***}	0.21	-2.57^{**}
SF Salud mental	-0.29^{***} (-0.43^{***})	0.37^{***}	29.91^{***}	0.30	-3.40^{***}
SF Func. rol social	-0.31 ^{***} (-0.29 ^{***})	-0.06	6.42 ^{**}	0.07	
SF Salud general	-0.33 ^{***} (-0.38 ^{***})	0.13	12.62 ^{***}	0.15	
SF Dolor (ausencia)	-0.31 ^{***} (-0.29 ^{***})	-0.06	6.42 ^{**}	0.07	
GRUPO CONTROL					
Discapacidad total	0.43^{***} (0.59^{***})	-0.35^{***}	46.97^{***}	0.43	3.49^{***}
SF Func. físico	-0.11 (-0.17)	0.13	2.56	0.03	
SF Func. rol físico	-0.06 (-0.10)	0.09	1.01	0.00	
SF Func. rol emocional	-0.27^{**} (-0.37^{***})	0.23[*]	12.90^{***}	0.16	-2.23[*]
SF Vitalidad	-0.39^{***} (-.50^{***})	0.24^{**}	25.04^{***}	0.28	-2.53^{**}
SF Salud mental	-0.44^{***} (-0.59^{***})	0.33^{***}	46.50^{***}	0.43	-3.42^{***}
SF Func. rol social	-0.30 ^{**} (-0.30 ^{**})	-0.01	5.83 ^{**}	0.07	
SF Salud general	-0.26^{**} (-0.37^{***})	0.26^{**}	14.30^{***}	0.18	-2.50^{**}
SF Dolor (ausencia)	-0.30 ^{**} (-0.30 ^{**})	-0.01	5.83 ^{**}	0.07	

Nota. * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$. El valor de R^2 es el corregido o ajustado. β = beta estandarizada. En la columna del factor Personalidad se recoge entre paréntesis la beta estandarizada del paso 1 del análisis de regresión. Func. = funcionamiento. VI = variable independiente, VM = variable mediadora y VD = variable dependiente.

7. DISCUSIÓN

7.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

La **primera hipótesis** de este estudio planteaba que en el grupo TLP existiría una menor calidad de vida relacionada con la salud, una mayor disfuncionalidad y menor satisfacción vital en comparación con el grupo control.

Podemos considerar esta hipótesis como validada ya que las comparaciones entre grupos arrojaron resultados que se mostraron congruentes con lo planteado; apuntaron en la dirección esperada y en todos los casos de manera significativa con puntuaciones más bajas en satisfacción vital, y menor calidad de vida en las pacientes, en todos los dominios, resultados que indican una insatisfacción con la vida y un deterioro físico y funcional en quienes padecen este tipo de patologías, lo que es consistente con la literatura ya disponible.

En los trastornos de personalidad, las conductas de salud y las elecciones características en el estilo de vida suelen conducir a problemas médicos y al empeoramiento de condiciones físicas ya existentes. Por lo general, las patologías del grupo B podrían ejercer un efecto negativo en la calidad de vida (Douzenis et al., 2012). Por ejemplo, el inicio del tratamiento de pacientes con trastorno por dependencia a la cocaína se dificulta notablemente si presentan baja calidad de vida y además padecen trastornos de personalidad, al verse disminuidos los recursos necesarios para afrontar todo el proceso (Martínez-González et al., 2015). Incluso se ha encontrado evidencia a favor de la existencia de una relación negativa, a la vez que continuada, entre el número de criterios que se cumplen para un trastorno de personalidad y las puntuaciones en calidad de vida; esta se traduce en los afectados en una variable limitadora de su funcionalidad, al manifestarse en dificultades a la hora de estar operativos para enfrentarse a los requisitos diarios y para saber comportarse en varios ámbitos (Cramer et al., 2006).

En el caso concreto del TLP, y como ocurre en el presente estudio, se ha encontrado que estos pacientes presentan una significativa menor calidad de vida relacionada con la salud. El estudio de van Asselt et al. (2009) menciona la existencia de numerosas investigaciones indicando que el TLP está asociado con un decremento severo de la calidad de vida relacionada con la salud, la cual oscilaría entre valores de 0.48 a 0.52 en el *EuroQol-5D (EQ-5D)* (EuroQol Group, 1990) mientras que en la población general el rango de puntuaciones se encuentra entre 0.83 y 0.87. En esta medida una puntuación de 1 representa el valor de la salud perfecta, y una puntuación de 0 representa el valor de la muerte, lo que refleja una puntuación de calidad de vida muy baja en estos pacientes. En la misma línea, el estudio de Rezai (2016) evaluó la calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con TLP utilizando el *SF-36* y encontraron que tenían una calidad de vida significativamente inferior a la de las mujeres del grupo control en los ocho dominios que conforman el instrumento.

Por lo que se refiere a la salud física, los trastornos de personalidad tienen efectos a largo plazo y de carácter significativo, como un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas o una mayor mortalidad. Padecer un trastorno de personalidad es pues un predictor significativo de un funcionamiento físico mermado, fatiga, limitaciones de rol y dolor, así como de un mayor uso de los servicios médicos (Powers y Oltmanns, 2013a).

En el TLP se ha encontrado que el riesgo de padecer enfermedades físicas crónicas es menor en los pacientes que están en remisión que en los que siguen padeciendo el trastorno, así como que la incapacidad para recuperarse de este trastorno deriva en la tendencia a un mayor riesgo de padecer enfermedades crónicas y a tomar decisiones en el estilo de vida perjudiciales para la salud (Frankenburg y Zanarini, 2004). De hecho, la toma de decisiones en el TLP parece ser pobre en general, lo que les podría conducir a seleccionar opciones poco ventajosas que van en detrimento de su propia salud y funcionalidad, lo que podría darse incluso cuando atienden a las

consecuencias negativas de estas elecciones, o a no ser capaces de detectar y seleccionar aquellas que la potencien. Este fenómeno puede deberse a la marcada impulsividad típica del trastorno y a una tendencia exacerbada a asumir riesgos (Schuermann et al.,2011).

En cuanto a los problemas físicos que la presencia de esta patología puede acarrear, el estudio de Sansone y Sansone (2012) encontró que el 50% de los pacientes seguidos en atención primaria por padecer dolor crónico presentarían también los criterios para ser diagnosticados con TLP. Los síntomas del TLP se asocian también a una mayor gravedad clínica de la enfermedad de dolor crónico (Johnson et al., 2020), una patología ya de por si asociada a puntuaciones medias de CDV significativamente más bajas que la población comunitaria en todos los dominios del *SF-36* (Hadi et al., 2019).

Existen también investigaciones que han asociado el Trastorno Límite con problemas de salud de carácter más grave que los que hemos evaluado en nuestra investigación, aunque nuestros resultados podrían señalar indicios de problemas que en un futuro desembocarían en condiciones más preocupantes si permanecen sin tratar, como las detectadas por la investigación de El-Gabalawy et al. (2010) donde hallaron una asociación entre Trastorno Límite e hipertensión, enfermedades gastrointestinales, enfermedades hepáticas y diversos problemas cardiovasculares entre otras condiciones. Esto es congruente con las puntuaciones obtenidas por el grupo clínico en el *SF-36* donde aspectos como el rol físico, la capacidad de llevar a cabo tareas diarias sin impedimentos físicos, se veía severamente dañada en comparación con el grupo control, con una puntuación media de 50.91 contra una puntuación de 85.48. También presentaban una puntuación muy baja en vitalidad (28.22) predominando sentimientos de cansancio y agotamiento, debido quizás a estas complicaciones físicas.

En cuanto a la discapacidad funcional, los datos obtenidos también confirman resultados previos acerca de la gran incapacitación de estos pacientes a la hora de

desarrollar actividades laborales o de ocio y en las relaciones sociales, siendo sus limitaciones funcionales incluso más acusadas que aquellas comúnmente asociadas a los otros trastornos de personalidad o a los trastornos depresivos (Skodol et al., 2002).

Cuando se presenta una condición comórbida, como la ansiedad, los pacientes con TLP también presentan significativamente peor calidad de vida en el área mental, social y laboral en comparación con controles sanos (Grambal et al., 2016). Profundizando en la interacción social, Jeung y Herpertz (2014) concluyeron que estos pacientes sufren una severa disfunción, sobre todo en el ámbito de las relaciones románticas. En consonancia con este estudio, Touhami et al. (2011) encontraron que el TLP afecta significativamente a la integración social, pero también a la profesional de los pacientes y, por tanto, a su funcionalidad y a su calidad de vida.

Estos estudios reflejan que no debemos obviar que podrían existir dominios de la funcionalidad que podrían presentar una relación más sólida con las facetas de la personalidad patológica que otros, sobre los que se podría incidir con mayor intensidad en terapia para lograr una recuperación más pronta de la funcionalidad. En concreto, las subdimensiones del *WHODAS 2.0* de *comunicación y participación en sociedad* manifiestan con especial fuerza su relación con las facetas de personalidad (Díaz-Batanero et al., 2017). Esto se ha visto confirmado en nuestra investigación, ya que estas dos subescalas presentaban las correlaciones positivas más altas con la puntuación total de personalidad patológica siendo consistente con el hecho de que, dentro de los muchos problemas funcionales en el TLP, la relación con los otros parece ser uno de sus puntos más débiles, por su mayor vinculación con los rasgos de personalidad.

En cuanto a qué dominios de la personalidad se relacionan con mayor fuerza con los problemas de CDV, la *desinhibición* y el *afecto negativo* mostraron la mayor correlación positiva con la discapacidad total (presentando los valores más cercanos a $r = 1$). Estos dos dominios también llegan a la correlación negativa más alta de la

personalidad con la CDV relacionada con la salud, dándose en la subescala de *salud mental* del *SF-36*, siendo de -0.73 en ambos casos. Esto refleja que estos dos dominios de rasgos son los que más parecen repercutir en la CDV, y además de su mayor correlación con ella, se trata de los dominios que tienen la mayor presencia en el patrón de personalidad TLP según nuestros resultados y los de estudios previos (Torres-Soto et al., 2019), ya que presentaron la media más alta de todas las subescalas de *PID-5* en este grupo. Su preponderancia por encima de otros dominios en el TLP, así como su superior correlación con la salud y la funcionalidad, son dos elementos que agravan la toxicidad de estas dimensiones para la CDV de estos pacientes.

En función de las investigaciones citadas y de los resultados que hemos obtenido podríamos concluir que la calidad de vida relacionada con la funcionalidad y con la salud está severamente dañada en el TLP, a niveles que son comparables con los de pacientes con patologías graves y altamente incapacitantes tanto físicas, como el accidente cerebrovascular (Heyworth et al., 2009), como mentales, como el trastorno depresivo mayor (Woo et al., 2014).

El artículo de revisión de IsHak et al. (2013) alcanzó estas mismas conclusiones, dejando patente que existen problemas de naturaleza grave en la calidad de vida de los pacientes con Trastorno Límite, pero añade a estas conclusiones una nota positiva, agregando que las pruebas disponibles indican que los tratamientos del TLP mejoran no sólo los síntomas psiquiátricos, sino también la CDV, como demuestran los estudios de psicoterapia y farmacoterapia. Sin embargo, sigue sin estar claro si los tratamientos actuales son capaces de restablecer la calidad de vida a las normas de la comunidad. Podría ser de utilidad agregar a la terapia componentes que aborden variables fuera de la psicopatología, como la satisfacción vital, para potenciar la mejora de la CDV que logran las terapias ya establecidas.

En lo que respecta a las puntuaciones significativamente más bajas en satisfacción vital en el grupo clínico, esto también es congruente con estudios anteriores.

El trabajo de Koster et al. (2018) encontró que presentar una constelación de rasgos TLP puede ser un predictor de una peor satisfacción vital. A nivel más amplio, se ha concluido que la salud mental está íntimamente relacionada con la satisfacción vital; correlaciona negativamente con los trastornos de la personalidad, así como con la presencia del conflicto o trauma en la infancia (Rissanen et al., 2013), algo también habitualmente presente en pacientes con características del Trastorno Límite (Ferrer et al., 2017). Este patrón fue corroborado por las puntuaciones de nuestro grupo clínico. Esto puede deberse, como sugirió Müller (2014), a que existe un cierto grado de influencia directa de la personalidad en la satisfacción vital.

No obstante, aunque cabía esperar un deterioro en la satisfacción vital en una condición que presenta rasgos incompatibles con que ésta se manifieste en niveles sanos, como una alta emocionalidad negativa, las grandes diferencias entre ambos grupos, donde la satisfacción en el grupo clínico presenta una media prácticamente un 50% más baja que la del grupo de control, resultan preocupantes. Estos resultados ponen también de manifiesto una necesidad de seguir ahondando sobre la satisfacción vital en esta población ya que actualmente, a nuestro conocimiento, no existen estudios que traten esta temática en una muestra similar a la nuestra, compuesta por pacientes TLP adultas.

La **segunda hipótesis** de este estudio establecía que la satisfacción vital adoptaría un papel mediador en la relación entre rasgos de personalidad y los dos indicadores de calidad de vida evaluados, siendo esta mediación similar en ambos grupos. Ya que la satisfacción no medió de forma significativa la relación entre personalidad y discapacidad considerada globalmente en el grupo de pacientes con TLP, aunque sí lo hizo en el grupo control y también en ciertas dimensiones del *SF-36* para ambos grupos, podemos considerar que la hipótesis se ha validado de manera parcial. Aunque se ha encontrado un efecto mediador significativo en el caso de algunas

dimensiones de calidad de vida, este efecto no se manifestó de manera análoga en ambos grupos, ni tuvo la relevancia esperada en el grupo clínico.

En cuanto a la falta de mediación en funcionalidad en el grupo clínico, podemos considerar que el peso de los rasgos estables, es decir, de la personalidad patológica, eclipsa el potencial papel de la satisfacción vital a la hora de explicar las limitaciones y los problemas en el día a día en todas las áreas, estableciéndose así una relación directa entre ambas variables. Esto puede deberse al gran impacto que ejerce esta patología sobre el sujeto y su habilidad para mermar la capacidad del individuo para funcionar normalmente en la vida. Algo congruente si tenemos en cuenta los altos índices de discapacidad y de baja CDV encontrados en estudios previos en relación al TLP, la cual llega a valores tan bajos como patologías físicas y mentales de carácter muy severo (Heyworth et al., 2009). El estudio de Perseus et al. (2006) también halló la capacidad del TLP de ensombrecer los efectos de otras condiciones. El TLP parecía explicar por sí solo la reducida calidad de vida de los pacientes, ya que la adición de la presencia de afecciones comórbidas no tuvo impacto en ella, al no haber diferencias en los subgrupos debido a la comorbilidad del *Eje-I*, lo que indicaría, al igual que en nuestro estudio, que el TLP en sí mismo podría ser un predictor de un deterioro sustancial de ciertas dimensiones de la calidad de vida.

En cambio, en el grupo control, al no presentar una constelación marcada de rasgos desadaptativos que ensombreciera otras variables (sus puntuaciones en el *PID-5* fueron significativamente más bajas), el papel de la satisfacción vital cobró mayor importancia. Este resultado iría en la línea de otros obtenidos también en poblaciones no clínicas, como estudiantes universitarios, donde se recalca que la calidad de vida parece relacionarse en especial con variables de tipo patogénico (Riveros y Vinaccia-Alpi, 2017).

No obstante, en el grupo TLP, al igual que en el grupo control, se encontraron dimensiones del *SF-36* mediadas por la satisfacción vital. Estos resultados son coherentes con la literatura al respecto en estudios de población general.

En apoyo a estas mediaciones mencionaremos, primeramente, que la satisfacción con la vida se ha encontrado que correlaciona con los rasgos de personalidad, los cuales son capaces de explicar parte de su varianza (Hosseinkhanzadeh y Taher, 2013). Shariq y Siddiqui (2019) también hallaron que rasgos como la extraversión o la apertura a la experiencia presentan una relación significativa con la satisfacción vital, y, por lo tanto, los dominios y sus rasgos correspondientes pueden estar impactando en ella.

En segundo lugar, en cuanto a la relación de la satisfacción vital con la calidad de vida, puede citarse el estudio de Strine et al. (2008) que investigó la asociación entre la satisfacción vital y la calidad de vida relacionada con la salud, y advirtió que a medida que el nivel de satisfacción se veía reducido aumentaba la mala salud general, la discapacidad y la falta de apoyo social, viéndose incrementado también el malestar físico y mental, la escasa actividad y el dolor. Asimismo, Grant et al. (2009) hallaron que este componente del bienestar subjetivo muestra una asociación positiva con conductas de salud como la realización de ejercicio y el desarrollo de una alimentación saludable. A este respecto, un estudio realizado en población española halló una asociación simultánea entre la satisfacción con la vida y la CVD relacionada con la salud. Concluyen que, como resultado de esta relación, las intervenciones que se centren en mejorar la satisfacción vital podrían tener consecuentemente efectos positivos en esta dimensión de la calidad de vida (Garrido et al., 2013).

Sin embargo, la falta de literatura, a nuestro conocimiento, sobre el rol de la satisfacción vital como mediador de problemas concomitantes en población con TLP nos imposibilita contrastar en mayor profundidad las mediaciones obtenidas en este grupo.

Puede que las divergencias encontradas entre los resultados que hemos obtenido en el caso de la discapacidad y los informados en la literatura estén relacionadas con las características de nuestra muestra, al estar formada únicamente por mujeres y tratarse de un grupo clínico, mientras que en los estudios mencionados se incluían ambos sexos y muestras de población general no clínica. Esto estaría apoyado por el hecho de que los resultados obtenidos en el grupo control sí confirman la mediación por parte de la satisfacción en discapacidad total en el *WHODAS 2.0*, mientras que en el grupo clínico existía una relación directa entre personalidad patológica y este constructo. Asimismo, la relación de la satisfacción vital con la CDV ya ha demostrado ser heterogénea, y manifestarse en función de ciertas características individuales como la edad y el sexo (Garrido et al., 2013).

Es posible que la satisfacción vital empiece a cobrar un papel más importante en el TLP según avancen los años y los rasgos patológicos se suavicen; la media de edad en el grupo clínico de nuestro estudio era de sólo 30 años, momento en el que las características del trastorno aún se manifiestan con fuerza, ya que la caída más drástica de los síntomas se presenta alrededor de los 44 años (Grant et al., 2008).

No obstante, sigue siendo un elemento a considerar de cara a terapia por su rol significativo en la medida de calidad de vida relacionada con la salud, aunque posiblemente no de manera individual. Sería más recomendable agregar módulos que incluyan el desarrollo en conjunto de este tipo de factores psicosociales significativos en la relación personalidad-CDV. Ya que, obviamente, la satisfacción vital por sí sola no pueda dar cuenta de una gran parte de la varianza del deterioro en la calidad de vida. Sin embargo, estos módulos podrían crear un beneficio mediante un efecto sinérgico, donde el desarrollo de múltiples variables relacionadas con las fortalezas del individuo, como la satisfacción vital, podría crear un efecto superior en la CDV que el logrado al atender solo a una de ellas de manera individual o, al menos, lograr un efecto aditivo, que pueda posteriormente reflejarse en una mejora de las condiciones de los pacientes.

Por último, la **tercera hipótesis** de este estudio se ha visto confirmada ya que el *PID-5* ha demostrado ser un instrumento adecuado para su uso tanto en población TLP como en población comunitaria.

La escala total como sus subescalas mostraron una buena consistencia interna con *alfas* de Cronbach superiores, en todos los casos, a 0.70 (Cronbach, 1951). Es decir, presenta una adecuada coherencia y correlación entre los elementos que componen las subescalas y la escala total. Esto es consistente con la literatura ya existente, que contempla a esta medida como un instrumento fiable para detectar la personalidad patológica. Apoyan nuestros resultados estudios como el de Quilty et al. (2013) que aplicó este cuestionario a pacientes psiquiátricos, comparando estas puntuaciones con las obtenidas por estos pacientes en otras medidas de la personalidad patológica, y llegó a la conclusión de que las propiedades psicométricas del *PID-5* eran buenas en población clínica.

Hopwood et al. (2012) también realizaron una comparación de esta escala con otros criterios de la personalidad y concluyeron que el *PID-5* y sus escalas podían dar cuenta de la gran mayoría de varianza del *DSM-IV* en la severidad de los trastornos de personalidad. Por su parte, el estudio de Fossati et al. (2013) administró el *PID-5* a dos muestras independientes junto con otros instrumentos de medida de la personalidad patológica y encontró que el *PID-5*, tanto en la medida de rasgo como de dominio, mostraba ser un predictor significativo de las medidas en psicopatía. En general, los resultados apoyaban la hipótesis de que se trata de un instrumento con alta fiabilidad, capaz de capturar la patología de la personalidad presente en el *DSM-IV*, pero también aquella que va más allá.

Lo mismo ocurre en su versión española; las escalas poseen valores satisfactorios de consistencia interna y los ítems presentan índices de discriminación aceptables (Sánchez et al., 2019). Gutiérrez et al. (2017) evaluaron el *PID-5*, tanto en sujetos comunitarios como clínicos. Las escalas de facetas mostraron una buena

consistencia interna en ambas muestras y toda la estructura jerárquica del *PID-5*, de uno a cinco factores, fue confirmada en ambas muestras.

Más allá de su consistencia interna, podemos considerar que este instrumento también ha demostrado poseer otras buenas propiedades psicométricas, como ciertos tipos de validez, que deben tenerse en cuenta junto con la fiabilidad a la hora de validar una escala. Primeramente, los resultados en el *Personality Inventory for DSM-5* en el grupo clínico resultaron muy superiores al grupo control, con puntuaciones más extremas para las pacientes en los cinco rasgos patológicos de personalidad medidos. Esto refleja la existencia de características de personalidad en este grupo situadas en el polo patológico de la escala, mientras que los resultados del grupo control se hallaban en el polo de la normalidad. Esto es un reflejo de la capacidad de la escala para medir el concepto subyacente que afirma medir. Esta ha arrojado puntuaciones coherentes con lo esperado para cada población, y las diferencias entre ambas también han sido las lógicas teniendo en cuenta las características que conocemos de cada grupo. Ha demostrado, por lo tanto, su validez de constructo a través de su capacidad de discriminar entre grupos (Price et al., 2016.), en nuestro caso, entre el grupo con trastorno de la personalidad y el grupo sin patologías. Algo que también demostró en el estudio de Gutiérrez et al. (2017), el cual halló que la versión en castellano del *PID-5* fue capaz de reflejar puntuaciones diferentes en población clínica y población control. Consideran que sus resultados respaldan la validez del *PID-5* como una herramienta de evaluación para el diagnóstico dimensional de los trastornos de la personalidad propuesto en el *DSM-5*.

También ha demostrado su capacidad para discriminar entre un trastorno de la personalidad (TP) y otras patologías. Calvo et al. (2018) obtuvieron resultados que sugieren que los dominios y facetas propuestos por el *DSM-5* son útiles para discriminar entre pacientes con síndrome de fatiga crónica que presentan un TP y aquellos que no,

lo cual demuestra la sensibilidad del instrumento, ya que ambas condiciones presentan alta comorbilidad.

En segundo lugar, podemos hablar de su adecuada validez de criterio, a través de su validez concurrente, o de la medida en que las puntuaciones de los sujetos en la escala están correlacionadas con otras variables o criterios con las que cabría esperar dicha correlación (Price et al., 2016). Nuestros resultados reflejaron que existía una correlación positiva entre personalidad patológica y discapacidad, y una correlación negativa entre puntuaciones más elevadas del *PID-5* y menor calidad de vida relacionada con la salud. La fuerza y la dirección de estas correlaciones ha sido la que cabía esperar teniendo en cuenta la teoría y la literatura disponible, la cual indica que los rasgos de personalidad patológicos se relacionan con una mayor discapacidad funcional y con una reducida calidad de vida relacionada con la salud. Esto queda patente en estudios como el de Díaz-Batanero et al. (2019) que encontró que la personalidad, medida también mediante el *PID-5*, correlaciona con la discapacidad, medida a través del *WHODAS 2.0*, y que las dimensiones de *comprensión y comunicación* y de *participación en la sociedad* parecen mostrar la relación más fuerte con las facetas de la personalidad.

En cuanto a otras investigaciones que hayan utilizado y valorado la utilidad de este cuestionario para detectar el TLP, encontramos el estudio de Gutiérrez et al. (2017), el cual encontró resultados muy consistentes con los nuestros, así como conclusiones similares reforzando el hecho de que el instrumento es correcto en su medición. Al realizar una comparación con una muestra no clínica, el grupo TLP presentaba puntuaciones considerablemente más altas, además de puntuar de forma más extrema en dos dominios de personalidad en concreto: el *afecto negativo* y la *desinhibición*, las mismas dos facetas que presentaron las medias más altas en nuestro estudio. Se podría intuir, por lo tanto, que este instrumento parece facilitar puntuaciones y dimensiones

predominantes coherentes entre poblaciones con características similares. Estos resultados también son coherentes con el estudio de Torres-Soto et al. (2019) sobre dimensiones de la personalidad TLP, donde también predominó en estos pacientes la *afectividad negativa* y la *desinhibición*. Por lo tanto, el *PID-5* ha reflejado su utilidad para recalcar las dimensiones de personalidad más afectadas por el trastorno, lo que permite cierta personalización o especificidad, derivando en una mejor comprensión de las necesidades de cada grupo, para así adaptar un programa terapéutico destacando que el enfoque dimensional puede lograr ser más fino y pulido que el categorial.

Que los sujetos puedan diferir tanto en el tipo como en la extensión de su patología ha sido respaldado por teorías que han detectado diferentes perfiles en el TLP, con estudios como el de Millon (2004) o el más reciente de Sleuwaegen et al. (2017) que llegó a identificar 4 subtipos de TLP: *emocional/desinhibido, inhibido, baja ansiedad y alto autocontrol*. Aceptando estas variaciones de los síntomas, el uso de un enfoque categórico puede conducir, entonces, a una subestimación sistemática de la importancia de estas o de sus mecanismos subyacentes, terminando en una simplificación excesiva de entidades de por sí complejas.

No obstante, parece que la forma de conceptualizar los trastornos de la personalidad se dirige claramente hacia enfoques dimensionales. Un ejemplo es la *CIE-11*, la cual entrará en vigor el 1 de enero de 2022, y que propondrá un enfoque dimensional para la clasificación de los trastornos de la personalidad. Sin embargo, cabe destacar que difícilmente se les despojara de todo su componente categorial. De hecho, en el modelo del propio *PID-5*, se necesita establecer un punto de corte específico a lo largo de las dimensiones de los rasgos para realizar un diagnóstico o para, al menos, establecer a partir de que puntuación se considera que el conjunto de rasgos de la persona ha caído en el polo patológico de la personalidad y es, por lo tanto, en cierta medida, inevitablemente categórico. Esto indica que será necesario dilucidar fórmulas para conciliar las propuestas dimensionales con las decisiones categoriales que se

hacen necesarias en la práctica clínica, lo que ha llevado a profesionales de la salud mental a plantear puntos de cortes normativos para este instrumento con el objetivo de facilitar las decisiones clínicas, la comunicación rápida y concreta de las principales características de un caso y de operativizar variables en tareas de investigación.

A pesar de que esto pueda parecer una limitación, podríamos concluir que la condición híbrida del *PID-5* le otorga en realidad utilidad para diagnosticar el TLP. Autores como Wakabayashi (2020) consideran que los enfoques categóricos y dimensionales deben considerarse complementarios y no mutuamente excluyentes y pueden emplearse provechosamente en conjunto. Para este autor es necesario integrar los enfoques dimensionales y categóricos para una clasificación y diagnóstico más precisos. Se respalda en su investigación, en la cual halló que modelos, como el *Modelo de los 5 Factores de la Personalidad*, son útiles para proporcionar información sobre la personalidad de cada individuo, pero no lo son para el diagnóstico de un trastorno, ya que cada TP no necesariamente muestra una constelación de rasgos homogéneos específicos considerados en el modelo. Una dificultad extrapolable a cualquier modelo de rasgos dimensionales. Por lo tanto, concluyó que la descripción de los rasgos de personalidad y el diagnóstico de un trastorno de la personalidad no son los mismos temas.

Parece necesario integrar los enfoques dimensionales y categóricos de este tipo de trastornos para una clasificación y diagnóstico más precisos. Oldham (2015), está en consonancia con esta visión, ya que considera que la mejor propuesta sería un sistema categórico con sabor a dimensiones, algo que logra de forma bastante certera el *PID-5*. Podríamos concluir, según los resultados que hemos obtenido y lo disponible en la literatura, que se trata de una sólida opción diagnóstica para el TLP, así como para otros TPS, que puede conducir a decisiones terapéuticas bien orientadas.

7.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y DIRECCIONES FUTURAS

Hemos detectado varias limitaciones en nuestra investigación. La primera de ellas hace referencia a los análisis estadísticos planteados. Para la evaluación de las propiedades psicométricas del *PID-5* nos hemos centrado en analizar su fiabilidad como consistencia interna, sin embargo, se podrían haber utilizado métodos de análisis más exhaustivos para llegar a conclusiones más sólidas sobre su fiabilidad. En primer lugar, habría sido de utilidad conocer su fiabilidad temporal mediante métodos como el *test-retest*, que consiste en la aplicación de un mismo instrumento a una misma muestra de sujetos en al menos dos momentos diferentes. Asimismo, analizar su fiabilidad en ambos grupos de forma independiente podría habernos proporcionado datos sobre si se trata de una escala fiable en población clínica y en población comunitaria, no obstante, nos vimos limitados por el tamaño de la muestra de cada grupo por separado, ya que, como menciona Charter (2003), si esta no es lo suficientemente amplia los coeficientes *alfa* pueden arrojar valores inestables y poco fiables.

Asimismo, habría sido conveniente evaluar otros tipos de validez en relación a este instrumento, como la validez convergente, la cual puede quedar demostrada al realizar una comparativa del *PID-5* con otras medidas de personalidad, no obstante, no consideramos conveniente saturar a las participantes con la necesidad de responder a demasiados cuestionarios y se alejaba en exceso del objetivo principal del estudio.

Como análisis adicionales, el análisis confirmatorio factorial podría haber sido una opción apropiada para determinar si las dimensiones de personalidad de este instrumento encajan adecuadamente dentro del modelo de personalidad patológica propuesto. Sin embargo, estas técnicas no se pudieron llevar a cabo, ya que, para conseguir una validación fiable de este instrumento, habría sido necesario contar con un número mayor de participantes en ambos grupos, como indica la literatura (Mundfrom, 2005). Futuros estudios con una muestra lo suficientemente amplia de

pacientes TLP deberán realizar pruebas más rigurosas y detalladas, tanto sobre la validez como fiabilidad de este instrumento, para asegurarse de que es una prueba útil para valorar los rasgos patológicos de estos pacientes, y demostrar la conveniencia de utilizar este instrumento en detrimento de otros disponibles para valorar la personalidad.

Otra posible limitación también derivada de necesitar una muestra algo más extensa surge en relación al análisis de la calidad de vida relacionada con la funcionalidad. En nuestro estudio no fue posible tener en cuenta la subescala relacionada con las dificultades en el trabajo o los estudios del *WHODAS 2.0*, debido a la pérdida muestral que ello habría conllevado, en especial en el grupo clínico, donde las cifras de desempleadas alcanzaban el 43.5%, mientras que esta cifra era del 20.2% en el grupo control. Poder evaluar de manera desglosada las limitaciones en funcionalidad en el grupo TLP teniendo en cuenta todas las subescalas que forman el instrumento, contribuiría a precisar y jerarquizar las dimensiones afectada sin dejar ningún ámbito de lado. Contar con suficientes pacientes TLP aumentaría la posibilidad de contar con un grupo mayor de ellos que realizara actividades laborales o académicas. Estudios que deseen abordar la calidad de vida relacionada con la funcionalidad en el TLP deberán tener también en cuenta esta faceta, la cual cumple una función clave en la vida. Esto permitirá conocer también si aquellos pacientes que son capaces de ejercer estas actividades presentan una menor puntuación en rasgos patológicos en general o solo en ciertos dominios concretos de la personalidad, o si existe cierta configuración o umbral dentro del propio TLP que propicie su incapacitación ocupacional.

Podemos nombrar también, como limitación metodológica, la naturaleza transversal de nuestra investigación. Sería de gran interés realizar un estudio longitudinal que permita hacer un seguimiento de los cambios en CDV en estos pacientes con el paso del tiempo, teniendo en cuenta que los síntomas del TLP tienden a mejorar con la edad, lo que podría desembocar en que la relación entre personalidad patológica, salud y discapacidad fuera menos evidente con el paso del tiempo,

estableciendo si la edad es realmente una variable moduladora de ésta en este caso. Otra manera de descubrir esto último es mediante un estudio que incluyera dos franjas de edades de pacientes con TLP para poder realizar comparaciones, tanto en sus síntomas como en sus niveles de calidad de vida.

Por otro lado, para seguir ahondando en la relación entre TLP, calidad de vida y nivel de incapacitación sería necesario conseguir una muestra que incluya ambos sexos. Este tipo de estudio también posibilitaría conocer si existen diferencias en esta relación según el género, y con la adición de hombres a la investigación, también se podría dilucidar qué dimensiones de la personalidad se ven más afectadas en función del sexo, pudiendo establecer patrones y definiendo las idiosincrasias propias de esta enfermedad.

En cuanto a limitaciones en relación a los instrumentos utilizados, analizar en futuros estudios el estado de las diferentes dimensiones de la CDV en el TLP, utilizando para ello diversas medidas podría ayudar a profundizar y detallar el estado de éstas en estos pacientes. También contribuiría a determinar qué medidas son las más apropiadas para medir este constructo en esta patología, lo que establecería una norma y permitiría realizar comparaciones más fiables entre estudios.

Por último, a pesar de no poder considerarse como una limitación per se, el hecho de que la tercera hipótesis de la investigación se haya validado parcialmente dejó abiertas incógnitas sobre las relaciones estudiadas. Esto, sumado al haber encontrado correlaciones significativas entre rasgos de personalidad patológicos y un empeoramiento de las facetas de la calidad de vida, nos impulsa a querer descubrir más sobre esta relación; algo que se plantea necesario para saber cómo tratar las malas condiciones de vida de estos pacientes. En este sentido nuestro estudio actual se encuentra limitado, ya que, al analizar un modelo de mediación simple que contempla un único mediador, hemos sido excesivamente reduccionistas, obviado otros factores de índole psicosocial que, con gran probabilidad, puedan estar viéndose afectados por

los rasgos patológicos y que podrían, por lo tanto, tener importancia a la hora de tratar el TLP y mejorar su calidad de vida.

Por otro lado, también resulta necesario confirmar o refutar los patrones de mediación encontrados para clarificar y concretar el rol de la satisfacción vital, lo que nos permitirá concluir con mayor precisión la posible necesidad de desarrollar este constructo en terapia. Resulta también oportuno averiguar si al analizar otras variables intermedias de esta índole éstas presentan patrones de mediación similares a los hallados en este estudio en el grupo TLP, donde los rasgos patológicos disminuyen el papel de estas variables en comparación con un grupo de control. Esto permitirá tomar decisiones de cara a posible inclusión de la potenciación de estos elementos en programas de tratamiento para el TLP.

Futuros estudios que se centren en factores psicosociales y de la psicología positiva en el TLP podrán presentar modelos complejos que tengan en cuenta más variables intervinientes para desentrañar el verdadero papel de estos aspectos en esta patología, camino que, en base a las limitaciones y resultados hallados, hemos decidido continuar en el segundo estudio de esta tesis. El fin de esta investigación es profundizar en la línea de investigación iniciada con un estudio que pretende ser además de complementario, de por sí más completo, y que permita dar respuesta, principalmente, a las necesidades relacionadas con el modelo de mediación a análisis que se ha planteado en este primer estudio.

En esta segunda investigación se introducirá la evaluación de nuevas variables que podrían estar mediando la relación entre rasgos de personalidad y los dominios de calidad de vida. Esto ayudará a aportar una visión descriptiva y explicativa más completa de un trastorno que cuenta con gran complejidad y a dilucidar, o al menos a delimitar, las características concretas que manifiesta la relación entre un patrón TLP y la presencia de limitaciones funcionales y las problemáticas en el área de la salud, para así poder controlarlas y mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

La justificación completa para la realización de este segundo estudio, así como su desarrollo completo se presentan a continuación.

Estudio 2: Análisis del papel mediador del apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el optimismo disposicional en la calidad de vida de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad.

1. RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una patología mental que se caracteriza por una dolorosa labilidad emocional que conduce a mantener relaciones caóticas y a realizar actos impulsivos. Se profundizó en el estado de su calidad de vida (CDV) en relación a la salud y a la funcionalidad analizando para ello el potencial papel mediacional de las *estrategias de afrontamiento*, el *apoyo social percibido* y el *optimismo disposicional* tanto en un grupo TLP o clínico y un grupo de control sin enfermedades físicas o mentales. Para ello se contó con 192 mujeres (un grupo clínico, $N=97$; y un grupo de control $N=95$ participantes) y se utilizaron los mismos instrumentos que en el Estudio 1 para medir tanto la personalidad, como las dimensiones de calidad de vida. El afrontamiento se midió mediante el *Brief COPE (BCOPE)* (Carver, 1997), el optimismo disposicional mediante el *Life Orientation Test Revised (LOT-R)* (Scheier et al., 1994), y el apoyo social percibido se evaluó a través de *La Subescala de Apoyo Social del Quality of Life Questionnaire (QLQ)* (Ruiz y Baca, 1993). Los grupos presentaron diferencias significativas, con peores puntuaciones en las dos dimensiones de calidad de vida en el grupo clínico. También se encontró que, el grupo TLP, presentaba menor puntuación en afrontamiento adaptativo (compromiso y búsqueda de apoyo social) así como en apoyo social percibido y en optimismo disposicional, y mayor puntuación en afrontamiento desadaptativo (falta de compromiso). La mediación por parte de las variables analizadas fue significativa a diferentes intensidades y solo en ciertos dominios de las dimensiones de calidad de vida estudiadas. Asimismo, los patrones y la presentación de las mediaciones encontradas fueron diferentes en ambos grupos y superiores en el grupo de control, en congruencia con el Estudio 1. Concluimos que los tratamientos del TLP podrían fomentar el desarrollo de variables psicosociales para lograr una mejora más rápida del paciente y preservar su calidad de vida mientras se aborda la sintomatología relacionada con los rasgos de personalidad.

2. INTRODUCCIÓN

2.1. JUSTIFICACIÓN ESTUDIO 2

El Estudio 1 que conforma esta tesis, dejó sin resolver ciertas cuestiones sobre las variables psicosociales que pueden intervenir en la relación entre rasgos de personalidad límite y las deterioradas dimensiones de su calidad de vida. Al tener en cuenta una única posible variable mediadora quedó libre mucho espacio para la especulación sobre la existencia de otros posibles factores que puedan estar ejerciendo también este papel. Consideramos por ello necesario y de interés seguir ahondando en esta área, ya que, a nuestro conocimiento, los estudios disponibles sobre TLP y calidad de vida se centran en una relación directa entre ambas variables, obviando posibles intermediarios que podrían estar involucrados (Grambal et al., 2016; Ishak et al., 2013; Skodol et al., 2002; van Asselt et al., 2009). Por lo tanto, consideramos que ampliando nuestro primer estudio podemos investigar dentro de un nuevo campo y un nuevo enfoque en la investigación del TLP.

Esta nueva línea de investigación, iniciada en el Estudio 1, podría abrir el camino para dilucidar el papel que tienen las variables de corte positivo dentro de este trastorno, el cual no se estudia desde la psicología positiva, entendiendo cómo las posibles carencias de estos recursos psicológicos pueden estar afectando a la calidad de vida de los pacientes, sino centrándose los estudios prácticamente de manera exclusiva en las manifestaciones nocivas del trastorno, como el exceso de afectividad negativa (Crowell et al., 2009) o los sesgos cognitivos (Baer et al., 2012), entre otros. Los estudios actuales obvian, en su mayoría, las posibles fortalezas que pueden estar ausentes en estos sujetos, y si esta ausencia podría manifestarse como una imposibilidad para lograr la estabilidad y el bienestar que tanto necesitan.

En este segundo estudio se analizará el posible papel mediador de tres nuevas variables: las *estrategias de afrontamiento*, el *optimismo disposicional* y el *apoyo social*

percibido. Todos estos constructos, así como la *satisfacción vital*, la variable analizada como mediadora en el Estudio 1, guardan una gran relación entre sí, así como una marcada relación con la personalidad y la calidad de vida, considerándose variables protectoras o promotoras de la salud; expondremos estas relaciones en apartados posteriores.

Todas las posibles variables mediadoras que hemos incluido en estos dos estudios se engloban dentro de la denominada psicología positiva, disciplina que estudia las fortalezas y virtudes que contribuyen al bienestar y la felicidad a pesar de los desafíos de la vida. Consideramos que los rasgos del TLP pueden estar mermando o arrebatando la capacidad de estos constructos para desplegar sus beneficios sobre la salud física y mental, sobre todo en tiempos de adversidad. Esto sería especialmente perjudicial si tenemos en cuenta que situaciones de contenido neutro se consideran como amenazantes o estresantes en el TLP de forma mucho más frecuente que en población general (Arntz et al., 2011), con lo cual esta carencia de fortalezas podría dejar a estos sujetos desamparados para lidiar con estas circunstancias adversas, que además surgen de forma habitual en sus vidas debido a este sesgo interpretativo.

Esta nueva investigación cobra mayor importancia si tenemos también en cuenta que si se descubriera que estas variables tienen un papel en el TLP y en su calidad de vida, podría añadirse el trabajo de estos componentes a las terapias, ya que muchas de ellas, relacionadas con factores psicosociales y con la psicología positiva, pueden ser tratadas y modificadas en terapia (Chang y Sanna, 2001; Sahler y Carr, 2009). Asimismo, las intervenciones de psicología positiva se centran en gran medida en trabajar de manera concreta una mejora de la calidad de vida, asumiendo que las emociones positivas pueden llevar a un funcionamiento correcto y positivo del individuo, debido al efecto de ampliación, donde las emociones positivas potenciarían la atención, la cognición y las acciones. Con el tiempo, este efecto de ampliación del pensamiento y del repertorio conductual construye habilidades y recursos físicos, cognitivos y sociales

prolongados (Cobben, 2017; Fredrickson, 2004), esto, a su vez, permitiría al sujeto saber cómo enfrentarse a situaciones difíciles en el futuro. Esta ampliación podría ser muy beneficiosas para el TLP, ya que presentan estructuras mentales rígidas (APA, 2013).

Además, añadir un enfoque positivo a componentes de la terapia podría reducir el estigma que sufren los pacientes con TLP (Knaak et al., 2015), al acudir a una terapia donde el profesional no se centra de forma única en lo que funciona incorrectamente en ellos o en sus “defectos”, sino que utiliza un intercambio centrado en lo positivo y en la construcción de fortalezas. Este tipo de intervenciones consideran que el desarrollo del potencial del sujeto no radica solamente en la minimización de las deficiencias y los problemas, sino en el descubrimiento, la apreciación y el desarrollo de las oportunidades, las fortalezas y en otorgar significado con el fin de promover el bienestar (Cobben, 2017).

No obstante, antes de recomendar terapias de esta índole para pacientes *borderline*, primero queda un amplio camino para la investigación sobre el papel y el peso de estas variables en su calidad de vida, los resultados obtenidos podrán posteriormente traducirse en el ensamblaje de las estrategias terapéuticas más apropiadas. Si, por el contrario, descubrimos una relación directa donde las variables de esta índole no intervienen, las terapias adoptarán otro enfoque. Sin embargo, debemos recordar en relación al tratamiento, que abordar estos aspectos psicosociales no tendría por qué ser en detrimento de otras terapias que han demostrado su validez empírica para mejorar los síntomas TLP, como es el caso de la terapia dialéctica-conductual (Choi-kain et al., 2017; Leppänen et al., 2015), sino que podría tratarse de un complemento que puede ayudar a reducir el impacto nocivo de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes, y a su vez repercutir también en la calidad de vida de sus allegados que sufren por el caos que domina la vida de personas con TLP (Giffin, 2008).

Adhiriéndonos a la opinión de Warlick et al. (2018), las intervenciones de psicología positiva y la terapia dialéctica-conductual se beneficiarían de esta complementación, ya que ambas estrategias crecen de forma desequilibrada al centrar la investigación en una sola dirección. Estos autores consideran que la psicología positiva está desequilibrada con respecto a sus muestras de población, al centrarse en muestras no clínicas, lo que limita la generalización y decidir si el bienestar puede mejorarse en individuos sintomáticos, mientras que la terapia dialéctica-conductual está desequilibrada, ya que la mayoría de las investigaciones se centran únicamente en la reducción de los síntomas, sin incorporar la promoción de las fortalezas del cliente, por lo que la integración podría ser una buena opción de tratamiento en el caso del TLP. No obstante, como hemos recalcado, este podría ser un camino prometedor de cara a crear tratamientos holísticos que incluyan una reducción del deterioro de la funcionalidad y la salud de estos pacientes, pero antes debemos conocer la naturaleza de la relación entre estas variables de psicología positiva y los rasgos del TLP, la calidad de vida y también su relación entre ellas para poder delimitar posibles vías de tratamiento donde se incluya su potenciación. Desde luego son vínculos que al menos vale la pena investigar, teniendo en cuenta la significativa y bien documentada relación de éstas con las dimensiones de calidad de vida estudiadas, como veremos más adelante.

En cuanto al motivo por el que se han escogido estas tres nuevas variables para su análisis, entre los variados constructos que existen dentro del estudio de las fortalezas, este reside en su relación con el Trastorno Límite, ya que parecen variables que pueden estar siendo deficitarias en el TLP y, por lo tanto, estarían privados del efecto protector sobre la calidad de vida que parecen manifestar en personas sanas.

En primer lugar, las **estrategias de afrontamiento** se relacionan con la regulación emocional. Su empleo correcto facilitaría el poder transformar o regular nuestras emociones al enfrentarnos a las dificultades. Una mala regulación puede interferir seriamente con los requisitos de comportamiento para hacer frente a los

eventos, lo que desembocaría en un desenlace perjudicial para el sujeto (Lazarus, 1996). Siendo el TLP un trastorno en esencia de la regulación de las emociones, no podíamos pasar por alto esta variable. En segundo lugar, hemos escogido estudiar el **apoyo social percibido** en estos pacientes por sus deficiencias a la hora de relacionarse con su entorno, faceta en la que experimentan una gran angustia y deterioro (Barros, 2016), además parece ser uno de los pocos aspectos del TLP que perdura a través del tiempo, incluso tras la atenuación de los síntomas que parece darse con la edad (Gunderson et al., 2011) siendo por lo tanto un aspecto también clave del trastorno, que está dominado por relaciones interpersonales caóticas (APA, 2013). Por último, consideramos relevante estudiar también el **optimismo disposicional**, por su amplia relación con las otras dos variables mencionadas; la expectativa de un resultado positivo se relaciona no solo con más bienestar sino también con un mayor apoyo social y con la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento adaptativas, orientadas al logro de metas y de compromiso (Nes y Segerstrom, 2016).

Ya que hemos detallado los motivos para realizar este segundo estudio y para seleccionar estas variables para su análisis, a continuación, expondremos su definición, así como su relación con la calidad de vida, con la personalidad y con el Trastorno Límite, realizando una revisión de la literatura actualmente disponible.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En relación al estrés se introduce el concepto de afrontamiento hacia esos estresores que surgen como consecuencia natural de las interrelaciones que se producen entre la persona y el contexto en el que está inserto (Lazarus y Folkman, 1986). La definición más ampliamente utilizada y aceptada en la literatura para las estrategias de afrontamiento es la de Lazarus y Folkman (1984). Estos autores han realizado un extenso trabajo sobre el afrontamiento, y consideran a estas estrategias como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales utilizados para controlar, reducir o tolerar las demandas internas o externas que amenazan o superan los recursos de un individuo. En otras palabras, el afrontamiento se refiere a las respuestas o las reacciones que el individuo desarrolla para enfrentar la situación aversiva (Lazarus y Folkman, 1984).

Estos autores consideran que el proceso de afrontamiento es multidimensional y que funciona en etapas. Su multidimensionalidad reside en el gran número de variables que se ven involucradas; para reaccionar a las situaciones entran en juego las cogniciones (valoración de la situación estresante, evaluación de recursos, búsqueda de información...), el afecto (expresar o reprimir el miedo, la ira...) y el comportamiento (resolver el problema, buscar ayuda...) (Knafo et al., 2014). En cuanto a las etapas, el *Modelo Transaccional del Estrés* de Lazarus y Folkman (1984) estipula que éstas son: (1) la valoración primaria o evaluación subjetiva del evento. Este puede considerarse como irrelevante o benigno, como un desafío si se valoran sus potenciales ganancias, o bien, centrándose en las posibles pérdidas que pueden acontecer, en cuyo caso el evento se percibe como una amenaza; y (2) la valoración secundaria, la cual se refiere al balance que realiza el sujeto de los recursos (físicos, sociales, psicológicos y materiales) de los que dispone para hacer frente al evento. El estrés se da cuando el

evento se considera como peligroso y además el sujeto considera que existe una discrepancia entre esta amenaza percibida y los recursos o la habilidad para hacerle frente, considerándose en este caso insuficientes.

No obstante, como comenta Lazarus (1993) en su artículo de revisión sobre el desarrollo de este concepto, no se apreció el afrontamiento siempre de esta manera tan dinámica y personal. Al principio poseía un enfoque jerárquico derivado de la formulación psicoanalítica del desarrollo. Se dijo que algunas formas de defensas ante las situaciones eran más saludables o menos regresivas que otras. Posteriormente, se entendió el afrontamiento como un proceso dinámico por parte de este mismo autor quien lo consideró como un recurso cambiante según la situación y según las diferencias personales de cada sujeto. Es decir, la evaluación de las relaciones sujeto-ambiente está influenciada por las características personales de su pasado (su experiencia) y las variables ambientales (Knafo et al., 2014). Si un proceso de afrontamiento es bueno o malo, en términos de adaptación, puede depender de tantas variables como de la persona en particular, del tipo específico de encuentro, a corto o largo plazo, y de la modalidad de resultado que se esté estudiando, por ejemplo, la moral, el funcionamiento social o la salud somática (Lazarus, 1993). Las diferencias interindividuales durante las dos etapas de evaluación que hemos mencionado, realizadas ante cualquier evento estresante, llevarán a la adopción de diferentes estrategias de afrontamiento (Searle y Auton, 2015). Esto significa que dos individuos que experimentan el mismo evento estresante pueden evaluar y, por lo tanto, sobrellevar el evento estresante de manera diferente, esto invalidaría la idea arcaica de que existen estrategias de afrontamiento intrínsecamente adaptativas o desadaptativas de manera universal. Para valorar esto se debe entender que los pensamientos y las acciones para sobrellevar el estrés no pueden medirse de manera independiente de sus resultados si quiere conocerse su valor adaptativo para un individuo en concreto. También debe diferenciarse el estilo, es

decir, las características que poseen estas estrategias, de su resultado; si llevan al éxito o fracaso para lidiar con el estrés (Knafo et al., 2014).

Al analizar los resultados de nuestro estudio, valoraremos si las estrategias de afrontamiento características del TLP que encontremos pueden considerarse como adaptativas o desadaptativas en nuestra muestra dependiendo de los posibles efectos que ejerzan sobre la calidad de vida y la salud.

A pesar del dinamismo que hemos expuesto que se da en el afrontamiento, también cuenta con un componente más estable, nos estamos refiriendo a los estilos. Cuando se habla de afrontamiento se hace referencia tanto al estilo como al proceso. La parte procesual del afrontamiento o las estrategias se refiere a los cambios que experimenta el afrontamiento de la persona a lo largo del tiempo y a través de diversas situaciones; varían según el contexto y la naturaleza del factor estresante, mientras que los estilos de afrontamiento se refieren a la consistencia de la persona en la selección de las estrategias que utiliza (Lazarus, 1993). El estilo es una predisposición estable para hacer frente a situaciones adversas, y se distingue por ser constante y estar determinado por el carácter de cada persona, sería, por lo tanto, una mezcla de estilo atribucional (fuente percibida de estrés, lugar de control, perspectiva optimista o pesimista para encontrar una solución) y características de la personalidad, tales como tolerancia al riesgo, sentido de autoeficacia y extraversión. Estas dos grandes categorías se dividen, a su vez, en otras subcategorías que describen respuestas más concretas (Lazarus, 1993).

En nuestro estudio nos basaremos como contexto teórico en el enfoque de Lazarus que considera al afrontamiento como estilo y como proceso o estrategia, dos enfoques que, como el autor menciona, se complementan de igual forma que lo hacen el rasgo y el estado en la personalidad (Lazarus 1993); no obstante el interés de nuestro estudio se centrará, a nivel operativo, en los estilos típicos y dominantes de

afrontamiento del TLP, aquellos que se manifiestan de forma generalizada y estable para enfrentarse a los estresores del día a día, a través del tiempo y de las situaciones.

La categorización de las estrategias y estilos de afrontamiento es compleja y extensa. Existe un gran número de formas de agrupar estas respuestas y como señalan Carver y Connor-Smith (2010) es difícil delimitar una matriz clara en la que se puedan clasificar las reacciones, y una respuesta dada típicamente encaja en varios lugares. Por ejemplo, la búsqueda de apoyo emocional puede considerarse una respuesta de compromiso, de apoyo social, centrado en las emociones y de capacidad de adaptación. Cada distinción es útil para responder diferentes preguntas sobre las respuestas al estrés. Según lo que se busque analizar o conocer se hará una distinción diferente.

De entre todas las agrupaciones existentes, consideramos oportuno mencionar la clasificación de Folkman y Lazarus (1984) ya que estos autores están en el origen del concepto de afrontamiento, su modelo es ampliamente citado por autores hoy en día siendo una referencia. Así como la clasificación de Billings y Moos (1981) por ser una división aún extensamente utilizada en estudios de investigación de diferente índole. Folkman y Lazarus (1984) describieron las estrategias de afrontamiento según su focalización como: *centradas en el problema* (también llamadas enfocadas en las tareas), las cuales pretenden cambiar las circunstancias del individuo o *centradas en las emociones*, estrategias que intentan manejar las respuestas emocionales o el malestar derivado del problema o estresor. Cada uno de estos estilos comprende diversas estrategias, por ejemplo, en las centradas en el problema encontramos la resolución de la situación y en las centradas en la emoción la reevaluación positiva o el desahogo emocional, entre diversas otras. Ante un acontecimiento incontrolable (objetiva y subjetivamente), el sujeto tiende a utilizar estrategias centradas en las emociones, mientras que en una situación que le parece controlable utilizaría estrategias centradas en los problemas.

En cuanto a la clasificación de Billings y Moos (1981), estos autores consideran que las estrategias de afrontamiento pueden dividirse en tres categorías principales: *afrontamiento activo*, *afrontamiento pasivo* y *evitación*. La evitación puede entenderse como una negación, en este caso es como si la persona hubiera decidido que no hay un factor estresante y, por lo tanto, no hay necesidad de cambiar el comportamiento, la percepción o la respuesta emocional; puede considerarse como la falta de afrontamiento. El afrontamiento activo se refiere a los intentos cognitivos y conductuales de tratar directamente con los problemas y sus efectos, mientras que el afrontamiento pasivo se refiere a los intentos cognitivos de evitar confrontar activamente los problemas y/o conductas para reducir indirectamente la tensión emocional mediante conductas tales como comer o fumar más. Las respuestas pasivas de afrontamiento se utilizan a menudo cuando los individuos deciden que las circunstancias básicas no pueden ser alteradas y, por lo tanto, necesitan aceptar una situación tal como es (Billings y Moos, 1981).

Nosotros consideraremos 3 agrupaciones de las estrategias de afrontamiento: *de compromiso*, *de falta de compromiso* y *de búsqueda y utilización de apoyo social* siguiendo los datos obtenidos en estudios previos (Arrogante et al., 2015; Vallejo y Pérez-García, 2015, 2016, 2017). En cuanto a sus características, el estilo de afrontamiento de compromiso se conoce también como *engagement coping*. Estas respuestas se caracterizan por los esfuerzos para involucrarse con la fuente de estrés y mejorar el sentido de control personal sobre la situación (afrontamiento del compromiso de control primario) y/o adaptarse a la situación (afrontamiento del compromiso de control secundario). Las respuestas de falta de compromiso o de separación se caracterizan por los esfuerzos por separarse del factor estresante a través de la evasión, la negación o las ilusiones (Varni et al., 2012). Por último, el afrontamiento de apoyo social se refiere al apoyo instrumental y apoyo emocional; consiste en

acercarse al problema a través de la ayuda de otra persona, aunque sigue habiendo un acercamiento.

En resumen, nuestro enfoque sobre el afrontamiento será considerarlo tanto como proceso (estrategias) o estilo, aunque en nuestro caso mediremos únicamente los estilos generalizados a través de las situaciones; aceptaremos también que no existen estrategias inherentemente adaptativas o desadaptativas, esto lo decidiremos según el efecto que estas reflejen sobre la calidad de vida, y utilizaremos una división del afrontamiento en: afrontamiento de compromiso, de falta de compromiso y de búsqueda y utilización de apoyo social, utilizando el *Brief COPE (BCOPE)* (Carver, 1997), para medir esta variable.

3.1.1. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida está muy relacionada tanto con la salud mental como con la salud física. Se considera por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un concepto amplio que engloba el estado físico y mental de la persona y las relaciones con los otros y con el entorno, mientras que define la salud como un estado de bienestar físico, mental y social completo, y no meramente la ausencia de una enfermedad (WHOQOL Group, 1996). La calidad de vida es, por lo tanto, un factor multidimensional y puede, por ende, verse afectada a su vez por muchos factores, incluido el estrés. La forma en que una persona se adapta al estrés de la vida es un componente importante de su capacidad para regular el bienestar y mantener la salud física y mental, como veremos a continuación.

Son numerosos los estudios que relacionan el estrés con una mala calidad de vida, ya sea por su capacidad para inducir o empeorar el estado de una enfermedad física o por su capacidad para mermar el bienestar psicológico. El estrés perturba la homeostasis del organismo y dispara la puesta en marcha de respuestas biológicas y

conductuales para hacerle frente. Los estudios tienden a señalar una asociación positiva entre el estrés y el deterioro de la calidad de vida en sus diferentes dominios como efectos profundos sobre la disminución de la respuesta inmunitaria, la aceleración de la progresión del cáncer y el aumento del riesgo de enfermedades cardiovasculares, metabólicas y del colon (Nagaraja et al., 2016); indicando que si las personas no cuentan en su repertorio con estrategias de afrontamiento efectivas para enfrentarse a estos estresores no podrán proteger su calidad de vida mediante su uso, ya que estas estrategias se ha demostrado que pueden repercutir positivamente en la salud general y el funcionamiento (Gloria y Steinhardt, 2016; Ribeiro et al., 2018; Yazdi et al., 2017).

Pero, la manera en que se hace frente a una situación amenazante cuando ya se ha interpretado como tal no es la única fuente de estrés a la que puede enfrentarse el sujeto. Se ha demostrado que la misma evaluación cognitiva de la situación juega un papel importante en la determinación del impacto de la respuesta al estrés. Las evaluaciones negativas sobre un evento interpretándolo como estresante, el primer paso del proceso de afrontamiento, puede tener repercusiones sobre la calidad de vida. Los factores estresantes pueden ser evaluados principalmente como: (1) *irrelevantes*, cuando la situación no tiene efecto en el individuo; (2) *positivo o benigno*, cuando la situación es evaluada como positiva; o (3) *estresante*, cuando es evaluado como peligroso. El factor estresante puede ser evaluado más a fondo, como: (1) *daño/pérdida*, que resulta en daño a la autoestima o a la autoestima social; (2) *amenaza*, que se refiere a un presunto dolor; o (3) *desafío*, que permite la oportunidad de ganancia y crecimiento. Específicamente, la evaluación de un factor estresante en las categorías de daño/pérdida o amenaza dan como resultado una salud y desempeño deficientes y menor calidad de vida (Alhurani et al., 2018, Jamieson et al., 2013).

El afrontamiento también es capaz de mediar el resultado emocional, es decir, cambia el estado emocional desde el principio hasta el final del encuentro pudiendo mejorar el estado mental del individuo. Se evaluaron los estados emocionales de los

sujetos al principio y al final de una serie de encuentros estresantes, centrándose en la cantidad y la dirección del cambio en la estrategia de afrontamiento utilizada. Algunas estrategias de afrontamiento, como la resolución planificada de problemas y la reevaluación positiva, estaban asociadas con cambios en las emociones de negativo a menos negativo o positivo, mientras que otras estrategias de afrontamiento, como el afrontamiento confrontativo y el distanciamiento, correlacionaban con cambios emocionales en sentido contrario (Lazarus, 1993). El uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas, incapaces de revertir o reducir la carga emocional negativa de la situación podría mantener durante periodos más largos de tiempo el malestar y el estrés ante eventos amenazantes, y el estrés por consiguiente afectar a la calidad de vida.

La calidad de vida de un individuo puede verse afectada en función del estilo de afrontamiento utilizado, sea este o no adaptativo. Se ha informado de un mayor deterioro en la calidad de vida en poblaciones de enfermedades crónicas, y este deterioro se relaciona a su vez con un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones (Faasse y Petrie, 2015). Se ha analizado también la importancia de las estrategias de afrontamiento y la resiliencia en la adaptación al estrés provocado por el cáncer, y se ha demostrado una asociación significativa entre la resiliencia y el afrontamiento de tipo adaptativo, lo que a su vez se relaciona positivamente con la calidad de vida de las personas con cáncer. Los autores consideran que intentar potenciar este tipo de afrontamiento lograría una mejor adaptación a la enfermedad (Macía et al., 2020). En cuanto a pacientes de enfermedades cardíacas, se ha encontrado, asimismo, que las estrategias de afrontamiento influyen significativamente en su calidad de vida (Hussain et al., 2020).

En cuanto al tipo concreto de estrategias que afectan negativamente a la calidad de vida se encontró que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento centradas en las emociones y las deficiencias físicas y psicológicas en la calidad de vida

relacionada con la salud, al asociarse con un aumento de los síntomas depresivos, la ansiedad y de aquellos relacionados con la enfermedad. Por el contrario, se identificó una relación positiva entre las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y las dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud; asociándose con menos síntomas de depresión, ansiedad, mejor autocuidado y disminución de los síntomas físicos (Faasse y Petrie, 2015; Roohafza, 2014). Estas estrategias tienen el potencial de mejorar los resultados de salud para los pacientes que sufren una experiencia de enfermedad estresante. También se asocian con mayor afecto positivo y menos estrés, al contrario que las estrategias de evitación que correlacionan con el afecto negativo y menor supervivencia (Ben-Zur, 2009; Ruiz de Alegría et al., 2013).

En cuanto a la calidad de vida relacionada con la funcionalidad, se ha encontrado que para reducir la discapacidad funcional relacionada con las enfermedades es necesario trabajar la forma de entender y enfrentar el estrés, precisamente por esta capacidad de algunos estilos y estrategias de afrontamiento para facilitar o complicar la vida de personas que presentan ciertos tipos de discapacidad (Reuman et al., 2013). En patologías como el trastorno bipolar, se ha encontrado que el mayor uso de las estrategias de afrontamiento inadaptadas de desconexión de la conducta y autculpa se asociaba significativamente con más discapacidad. Las intervenciones cognitivo-conductuales dirigidas a las creencias derrotistas y la autocrítica pueden servir como intervenciones tempranas que puedan ayudar a prevenir espirales descendentes hacia la discapacidad (Nitzburg, 2016).

En base a esta literatura, podríamos concluir que la capacidad de afrontar el estrés puede afectar la calidad de vida por: (1) la tendencia a la valoración negativa de las situaciones, como pérdida, daño o amenaza; (2) el uso de estrategias relacionadas negativamente con el bienestar psicológico y físico como las centradas en la emoción o la evitación, una vez valorada la situación como negativa; y (3) estas estrategias llevan

a ser incapaz de invertir la carga negativa otorgada a la situación perdiendo así el alivio emocional mediante el afrontamiento, tanto a corto como a largo plazo.

3.1.2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y TLP

Los rasgos de personalidad no pueden excluirse del proceso de afrontamiento, ya que esto conduciría a un entendimiento superficial de las respuestas del sujeto ante posibles estresores (Lazarus, 1996). Nuestro estudio pretende conocer la relación entre personalidad y *coping* y sus consecuentes efectos.

Como hemos comentado en el apartado previo, una respuesta de estrés es consecuencia de la evaluación del evento estresante y la evaluación de los recursos disponibles para hacer frente a dicho evento (Lazarus y Folkman, 1984). Kilby et al. (2018), concluyen que existen numerosos estudios que reflejan que es este proceso evaluativo en dos etapas, o lo que podríamos denominar como estrés percibido, el que refleja en mayor medida el impacto del estrés en el sujeto, y no la cantidad de eventos estresantes a la que el individuo debe hacer frente. Esto nos indica que la visión de dos individuos sobre el mismo evento es diferente y, por ende, su forma de superarlo, por lo que la personalidad y el afrontamiento deben estar relacionados, aunque el afrontamiento no pueda resumirse simplemente como una manifestación directa de la personalidad bajo condiciones adversas (Carver y Connor-Smith, 2010). Sin embargo, la personalidad sí que influye en el afrontamiento de muchas maneras, algunas de las cuales ocurren antes del afrontamiento. La personalidad influye en la frecuencia de exposición a los factores estresantes, en el tipo de factores estresantes que se experimentan y en las valoraciones, y posteriormente influye en la elección de las estrategias que se van a desplegar. Como ejemplo de relación entre personalidad y afrontamiento podemos citar el neuroticismo, rasgo que predice la exposición al estrés interpersonal; los altos en este rasgo tienen tendencia a valorar los eventos como

altamente amenazantes y los recursos de afrontamiento como bajos (Carver y Connor-Smith, 2010).

Los individuos con un fuerte componente neurótico tienden a interpretar los estímulos circundantes como amenazantes y son propensos a las evaluaciones cognitivas negativas cuando se enfrentan a eventos estresantes, experimentando así un factor estresante de forma más negativa que los bajos en este rasgo (Jovev, 2006), y finalmente seleccionan estrategias de afrontamiento ineficaces (Bolger y Schilling, 1991). El neuroticismo puede sesgar a un individuo para que no sólo se focalice en los elementos amenazantes en una situación estresante, sino que luego interprete esos elementos amenazantes como peores de lo que realmente pueden ser (Kilby et al., 2018). La exposición al estrés aumenta aún más porque estos sujetos se exponen a situaciones en las que es más probable que ocurran eventos estresantes interpersonales. Esto ocurre en los trastornos de la personalidad que cursan con una importante presencia de neuroticismo, como ocurre en el TLP; estos sujetos presentan un alto nivel de neuroticismo además de disfunción psicosocial y, por ende, sus rasgos se asocian con una exposición frecuente a los factores estresantes (Bourvis et al., 2017), con un sesgo hacia la interpretación amenazante de la situación (Arntz et al., 2011), y con una dificultad para responder a ella, quizás por no confiar en sus propios recursos intrapersonales.

Además del neuroticismo, la impulsividad es una característica central del Trastorno Límite (APA, 2013) y a diferencia de otras condiciones psiquiátricas que también se caracterizan por la impulsividad, los déficits de control de impulsos en el TLP ocurren específicamente bajo condiciones estresantes. En estas situaciones, las reacciones pueden desencadenar respuestas conductuales extremas en estos sujetos (Cackowski et al., 2014), conduciendo a falta de juicio y de criterio a la hora de realizar la valoración primaria y secundaria adecuada de la situación, lo que puede llevar a

escoger erróneamente las estrategias de afrontamiento que se deben poner en marcha y a afrontar desadaptativamente el estrés.

Los resultados de investigación existentes también indican que la inteligencia emocional es un predictor importante en las evaluaciones de los factores estresantes. Tener un mayor dominio de la gestión emocional ayuda a cambiar la forma en que se evalúa un evento estresante aportándole una perspectiva más positiva (Kilby et al., 2018). Esto se ha asociado con una mayor adopción de estrategias de afrontamiento adaptativas durante eventos estresantes (Thomas et al., 2017), una cualidad que no estaría presente en el TLP, ya que este es un trastorno fundamentado en los problemas para lidiar con las emociones, donde existe una tendencia a la hiperreactividad emocional y a dramatizar cada situación. La mayoría de los estudios sobre emocionalidad en el TLP han concluido que estos pacientes tienden a responder exageradamente a los estímulos ambientales, sean estos negativos, positivos, neutros o ambiguos (Sansone y Sansone, 2010). Transformar o regular nuestras emociones es parte del *coping*. La emoción y la información que esta proporciona sobre uno mismo puede resultar amenazante. Una mala regulación puede interferir seriamente con los requisitos de comportamiento al hacer frente al evento creando un desenlace perjudicial, como cuando la ansiedad interfiere con el pensamiento constructivo o cuando una emoción, como la ira y su agresión asociada, mal dirigida, puede ser dañina para el emisor o para las relaciones sociales que son importantes para él (Lazarus, 1996).

Actualmente son escasos los estudios que analizan las estrategias de afrontamiento en el TLP, pero entre ellos encontramos el de Agüero et al. (2014), quienes encontraron que los pacientes con TLP emplean estrategias de afrontamiento más desadaptativas que la población no-clínica. Los resultados hallados apuntaron a un predominio de estrategias de afrontamiento emocional y de escape conductual y a un escaso uso de las estrategias de afrontamiento basadas en afrontamiento cognitivo y evitación cognitiva. El problema residiría en que probablemente las estrategias que

suele desplegar el estilo de afrontamiento basado en la emoción en el TLP sea desadaptativo y se base en conductas de desahogo nocivas típicas del trastorno como la autolesión, lo que podría relacionar este estilo con trastornos depresivos y ansiosos. También resulta problemático que pongan en marcha un bajo nivel de estrategias centradas en la resolución directa del problema, ya que se relacionan negativamente con problemas psicopatológicos, siendo las estrategias de evitación predictoras de una agravación de los trastornos de la personalidad (Bijttebier y Vertommen, 1999). Esta carencia puede llevarlos a estar estancados en la problemática lidiando de forma dañina con las emociones que produce, pero sin buscar salir de ella, obviando cualquier esfuerzo comportamental para solucionarla.

Bijttebier y Vertommen (1999) obtuvieron resultados en consonancia con lo encontrado por Agüero et al. (2014); analizaron las estrategias de afrontamiento en los diferentes trastornos de la personalidad hallando un patrón general donde destacan la falta de búsqueda de apoyo social y un exceso de afrontamiento de evitación. Concluyeron que los estudios disponibles sobre trastornos de personalidad y afrontamiento indican un patrón general de déficits en el afrontamiento activo, centrado en el problema y el apoyo social, junto con un exceso de pasividad conductual, de afrontamiento de evitación, de desconexión mental y de descarga incontrolada de las emociones en estas patologías, algo especialmente peligroso en el TLP por la tendencia autolesiva que hemos mencionado (APA, 2013). No obstante, es necesario corroborar con más investigaciones estos patrones en personas con TLP. En especial, si se tiene en cuenta que uno de los criterios diagnósticos más grave del trastorno, la ideación suicida, podría reducirse utilizando cierto tipo de estrategias de afrontamiento, como la distracción o la orientación hacia actividades positivas. Éstas han demostrado ser útiles para reducir los pensamientos suicidas a corto plazo, evitando que se actúe en base a ellos durante una crisis, pudiendo contribuir a mantener la integridad física y mental de estos sujetos (Stanley et al., 2021).

Otro factor importante dentro de las habilidades de afrontamiento es la flexibilidad de adaptación de una persona, que determinará si es capaz o no de dominar las exigencias del entorno escogiendo las estrategias según cada contexto (Vallejo y Pérez-García, 2015). No obstante, esto no está presente en los trastornos de la personalidad los cuales son patógenos y están caracterizados por círculos viciosos de patrones inflexibles y estables de comportamiento (APA, 2013) lo que lleva a respuestas estrechas y rígidas que dificultan su posible adaptación a su entorno.

En el trastorno bipolar, una patología en la que se solapan con el TLP los criterios de impulsividad e inestabilidad emocional y con la que presenta habitualmente comorbilidad (Tomko et al., 2014), se ha demostrado que se dan más estrategias desadaptativas que en los controles. Específicamente, los pacientes bipolares responden a las adversidades con más rumiación, catastrofismo, autculpabilidad, uso de sustancias, toma de riesgos y desvinculación del comportamiento/falta de compromiso, mientras que utilizan un replanteamiento significativamente menos positivo, es decir, menos reorientación positiva y puesta en perspectiva, así como un afrontamiento menos activo, menos planificación y menos búsqueda de apoyo emocional o instrumental. En contraste, los controles sanos en estos estudios muestran un patrón consistente de respuestas adaptativas, con poca variabilidad entre los estudios (Nitzburg et al., 2016).

Como vemos, la literatura en relación al Trastorno Límite y el afrontamiento es escasa, no obstante, los estudios parecen indicar que rasgos típicos del TLP, como la impulsividad, el neuroticismo, la baja regulación de las emociones o la falta de flexibilidad, pueden afectar a su capacidad para evaluar apropiadamente las situaciones estresantes y para escoger las estrategias y estilos de afrontamiento adecuados. Asimismo, estas características generan una tendencia a enfrentarse a un mayor número de estresores, al considerar un mayor número de eventos como estresantes, probablemente por el componente neurótico del trastorno (Bourvis et al., 2017). Es

importante continuar con estas investigaciones; los estudios de TLP y afrontamiento pueden ser de gran relevancia ya que estas estrategias y su uso pueden tratarse en terapia. Mientras que la personalidad es relativamente estable, las estrategias de afrontamiento pueden enseñarse explícitamente o a través del modelado (Sahler y Carr, 2009).

3.2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

El apoyo social es un concepto multifacético que ha sido difícil de conceptualizar y medir. Existen, por lo tanto, una gran cantidad de definiciones. Las primeras definiciones de este constructo como, la de Caplan (1974) o Coob (1976), se dirigían hacia la idea de que el apoyo social refuerza el sentido de valía y de ser querido del individuo, al percibirse a sí mismo como miembro aceptado de un grupo social. Más adelante, se introdujo a esta definición un componente relacionado con la acción, donde el apoyo social sería una transacción real entre dos o más personas y en la que existe una implicación emocional, instrumental, informativa y/o valorativa (Durá y Garcés, 1991).

Para encontrar un enfoque integrativo de estas dos definiciones del apoyo social podemos basarnos en el que ofrecieron Hobfoll y Stokes (1988), gracias al cual se puede concluir que el apoyo social incluye dos aspectos: tanto el sentimiento de conexión social y pertenencia, como la acción o la interacción de ayuda (Durá y Garcés, 1991). Estos dos aspectos pueden desarrollarse de forma más exhaustiva definiendo el apoyo social en términos de: (1) *los componentes estructurales*, considerados como lo que hemos denominado la conexión, integración social o pertenencia a diferentes redes de apoyo; este componente es una medida cuantitativa del apoyo porque normalmente reflejan la cantidad de personas o de contactos que tiene un individuo en su entorno social; y (2) en sus *componentes funcionales*, lo que hemos denominado como la acción, y hace referencia a las transacciones entre individuos, la forma en la que interactúan para prestarse ese apoyo social; se refiere a la calidad de los recursos que

las personas dentro de la red social de un individuo le prestan y son, por lo tanto, medidas cualitativas (Reblin y Uchino, 2009).

En concreto, la variable que estudiaremos dentro del apoyo social es el apoyo social percibido; esta es una medida sobre el apoyo social que una persona cree que tendría a su disposición durante los períodos estresantes de la vida; es el patrón de pensamiento del individuo de que habrá suficiente apoyo efectivo durante los momentos de necesidad y la satisfacción con esta disponibilidad, por lo tanto, es un reflejo de la comprensión interiorizada de un individuo sobre el grado de apoyo y disponibilidad de otras personas (Pierce et al., 1991). Esta comprensión interiorizada se entiende como un producto de la historia interpersonal de un individuo, incluyendo sus relaciones con los cuidadores y también es una deducción cognitiva que sugiere que, dado que hubo apoyo social en el pasado, se proporcionará de nuevo en el futuro. Hay que recalcar que esta variable no representa el apoyo real, sino una visión propia y subjetiva. Aunque más estable que el apoyo social recibido, el cual es el apoyo real y objetivo recibido durante esos períodos de necesidad, se piensa que el apoyo social percibido se actualiza continuamente por las interacciones continuas del individuo con otras personas y las características cambiantes de su entorno social (Ross et al., 1999). Estas dos dimensiones no son intercambiables (Howard et al., 2017), y se sostienen como constructos independientes que pueden afectar al individuo de diferentes formas.

En cuanto a dónde se enmarca el apoyo social percibido dentro del apoyo social, esto podría entenderse de dos formas: (1) el apoyo social percibido, entendido como una de las maneras de valorar los diferentes componentes funcionales y estructurales que forman el apoyo. Estos componentes, a su vez, cuentan con múltiples divisiones en la literatura, como entre apoyo instrumental y apoyo emocional (Caplan, 1974), o más específicas como (a) informativo, (b) emocional, (c) de estima, (d) de apoyo a las redes sociales, y (e) de apoyo tangible (Cutrona y Suhr, 1992), y desde este enfoque podrían medirse: desde la perspectiva del apoyo real recibido (a menudo determinado

preguntando a los proveedores de apoyo), del apoyo percibido como disponible por el receptor (teniendo en cuenta su valoración subjetiva) o midiendo la posible discrepancia entre el apoyo percibido y el recibido (Reblin y Uchino, 2009). (2) Por otro lado, el apoyo social percibido puede entenderse como un elemento más del apoyo social, como ocurre en la estructura propuesta por Hupcey (1998) donde las múltiples facetas del apoyo social parecen ubicarse dentro de las cinco categorías siguientes: 1) tipo de apoyo proporcionado 2) percepción del apoyo por parte de los receptores 3) intenciones o comportamientos del proveedor 4) apoyo recíproco y 5) redes sociales.

No obstante, la forma de enmarcar y valorar el apoyo social percibido dependerá de los objetivos de cada investigación y ambos enfoques también pueden aceptarse como complementarios.

Nosotros entenderemos el apoyo social en consonancia con la primera forma que hemos mencionado, es decir, como un constructo compuesto por diversos elementos, todos los cuales pueden medirse desde dos perspectivas: según su valoración por parte del sujeto que recibe el apoyo (percibido) y/o según la obtención real de apoyo (recibido) (Uchino et al., 2012a). De los diferentes tipos de apoyo o elementos que lo componen, nosotros aceptaremos que estos se engloban en dos grandes bloques o dimensiones, que pueden valorarse tanto cualitativamente (funcional) como cuantitativamente (estructural): (1) *los objetivos*, aspectos más tangibles del apoyo social relacionados con el apoyo instrumental o material, recogerían los aspectos de instrumentalización del apoyo social, y (2) *los subjetivos*, aquellos relacionados con el apoyo emocional o psicológico y harían referencia a los aspectos de expresión del afecto (Caplan, 1974), ya que nuestro interés reside en conocer la valoración que se realiza en el TLP sobre la disponibilidad que poseen, cuantitativa y cualitativamente de apoyo social, tanto de tipo material como de tipo psicológico por parte de sus redes.

Asimismo, nos centraremos en medir únicamente la percepción del apoyo por parte del receptor o apoyo social percibido, por su amplia conexión con la calidad de vida. El apoyo percibido se asocia sistemáticamente con la salud, mientras que el apoyo recibido muestra una relación con la salud y la calidad de vida más inconsistente encontrándose, a menudo, asociaciones no significativas e incluso negativas (Melrose et al., 2015). También se analizará esta variable dada su relación con la personalidad (Cukrowicz et al., 2008; Swickert et al., 2010). Para operativizar esta variable la mediremos mediante la subescala de Apoyo Social del *Quality of Life Questionnaire* (QLQ) (Ruiz y Baca, 1993), que mide tanto sus aspectos estructurales (cuantitativos) como funcionales (cualitativos).

3.2.1. APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y CALIDAD DE VIDA

El apoyo social percibido se relaciona fuertemente con la calidad de vida de los sujetos, resultado tan ampliamente aceptado y apoyado empíricamente (Melrose et al., 2015), que en los cuestionarios para medir la calidad de vida de los sujetos se valora y mide el apoyo social percibido como una de sus dimensiones, junto con otros componentes como el bienestar físico y psicológico; como ocurre en el *Quality of Life Questionnaire* (Ruiz y Baca, 1993) o en el *WHODAS 2.0* (APA, 2013), el cual tiene en cuenta las relaciones sociales para valorar la calidad de vida relacionada con la funcionalidad incluyendo una subescala relacionada con la participación en sociedad y otra con el estado y la calidad de las relaciones.

La relación entre apoyo social y patologías físicas ha sido ampliamente documentada. Uchino et al. (2012a) constataron en su artículo de revisión que el apoyo social es uno de los factores psicosociales mejor documentados que influyen en los resultados de salud física. Los estudios epidemiológicos indican que las personas con bajos niveles de apoyo social tienen tasas de mortalidad más altas, especialmente por

enfermedades cardiovasculares. Compare et al. (2013) hallaron también en estos pacientes que los síntomas depresivos y la ausencia de apoyo social o marital son factores de riesgo significativos de un mal pronóstico, y aconsejan que se incluya en terapia, tanto la evaluación y el tratamiento de la depresión, como un componente específico que trate y mejore el contexto familiar y social de estos pacientes. En otro tipo de patologías físicas, como el dolor crónico, los niveles más altos de apoyo social percibido, en concreto de aquellos subtipos de compañerismo, apoyo emocional, apoyo informativo y apoyo instrumental, predecían mejoras en las variables de interferencia del dolor en la calidad de vida, la discapacidad, la depresión y la ansiedad en estos sujetos (Van Dyke et al., 2018). En cuanto a patologías con alto grado de incidencia en la población, como en el caso del cáncer, estudios transversales y prospectivos han dejado patente la existencia de una asociación positiva entre el apoyo social percibido y el ajuste psicológico a la enfermedad después del tratamiento. Los autores recalcan que pueden concluir, en función de sus resultados, que la relación entre el apoyo social y la progresión del cáncer es lo suficientemente significativa como para tener muy en cuenta esta variable en el pronóstico de la enfermedad (Usta, 2012). Asimismo, en pacientes con hipertensión este recurso puede contribuir al buen mantenimiento del paciente ya que predice la adherencia al tratamiento (Turan et al., 2018), mientras que en pacientes con esclerosis múltiple fomenta un estilo de vida saludable (Alizadeh et al., 2018), y en pacientes que han sufrido un accidente cerebrovascular, las estrategias de apoyo social incluidas en su rehabilitación reflejaron una mejora en la recuperación funcional y la calidad de vida (Pérez y Torres, 2012). Aunque en otros estudios la asociación entre apoyo social y buen pronóstico y ajuste a la enfermedad no es tan clara, no obstante, sigue estando presente. En pacientes con diabetes, aunque modesta, sigue existiendo una correlación entre apoyo social y el control de esta enfermedad de carácter crónico, estando algunos aspectos de la patología, como la

corrección en la dieta o la autogestión de los síntomas, más influenciados por el poder de las relaciones sociales (Gallant, 2003).

Esta variable también puede proteger de la enfermedad y no solo permitirnos adaptarnos adecuadamente a ella. Esto podría hacerlo mediante su correlación positiva y significativa con las células inmunitarias que mejoran el sistema inmunológico y su correlación negativa con las células inmunitarias que lo disminuyen; el apoyo social parece ser un factor moderador contra el estrés y sus efectos negativos sobre el sistema inmunológico (Uchino et al., 2012b), y mediante el fomento de la realización de conductas promotoras y protectoras de la salud (Cohen y Wills, 1985).

Toda esta amplia literatura ha llevado a concluir que el efecto del apoyo social en la esperanza de vida parece ser tan fuerte como los efectos de la obesidad, el tabaquismo, la hipertensión o el nivel de actividad física (Ozby et al., 2007).

En cuanto al apoyo social y a variables de salud mental constataron que los altos niveles de este recurso también están relacionados con una menor percepción del estrés, una menor exposición al estrés y menos síntomas depresivos (Uchino et al., 2012a). Se encontraron pruebas sustanciales en estudios prospectivos de que las personas con depresión que perciben que su apoyo social es más deficiente tienen peores resultados en cuanto a los síntomas, la recuperación y el funcionamiento social; lo mismo ocurriría con los sentimientos de soledad, una variable que ha sido menos estudiada, pudiendo considerarse que la soledad y la calidad del apoyo social en la depresión son variables con potencial para ser consideradas en el desarrollo de las intervenciones (Wang et al., 2018). En pacientes con trastornos psiquiátricos, el apoyo social percibido se correlacionó positivamente de forma significativa con la calidad de vida general. También se correlacionó positivamente con la salud física, la salud psicológica, las relaciones sociales y el funcionamiento con el entorno (Bukhari, 2020).

En adultos jóvenes, el apoyo social percibido por parte de la familia y los amigos se relacionó significativamente con una menor sintomatología depresiva. No obstante, el apoyo social percibido resultó ser mejor protector contra los síntomas depresivos cuando se presentaron niveles moderados de estrés (Ioannou et al., 2019). Por otro lado, en adultos mayores, el apoyo social también está negativamente asociado con la depresión, mientras que se asocia positivamente con su calidad de vida, siendo un mediador entre ambas variables, lo que lleva a los autores a proponer la promoción del apoyo social en los tratamientos para ayudar a reducir el impacto de la depresión en las dimensiones de calidad de vida de estos sujetos (Kong et al., 2019).

Asimismo, el apoyo emocional e instrumental percibido y el tamaño de la red de familiares y amigos se han revelado como factores protectores para el trastorno mental común, la disfunción de la personalidad y las experiencias psicóticas (Smyth et al., 2015). En otras enfermedades mentales serias, como la esquizofrenia o el trastorno bipolar, los resultados sugieren que, tanto el apoyo social como la realización de una variedad de actividades, puede promover la recuperación de los pacientes (Hendryx et al., 2009).

En base a esto, podríamos concluir que el apoyo social proporciona ventajas físicas y psicológicas para las personas que se enfrentan a eventos físicos y psicosociales estresantes, y se considera un factor que reduce la angustia psicológica al verse en momentos amenazantes, presentando además estas correlaciones un tamaño del efecto relativamente alto (Harandi et al., 2017). En contraste con el bajo apoyo social, los niveles altos parecen amortiguar o proteger contra el impacto total de las enfermedades mentales y físicas. La relación entre un buen apoyo social y una salud mental y física óptima se ha observado en diversas poblaciones, incluidos los estudiantes universitarios, los trabajadores, los desempleados, las madres, las viudas y los padres de niños con enfermedades médicas graves, entre otros (Ozbay et al., 2007);

las personas más integradas socialmente tienden a ser más sanas, tanto física como mentalmente, que las más aisladas socialmente (Uchino et al., 2012a).

También es oportuno señalar que la relación del apoyo social percibido con la salud y la calidad de vida parece ser más sólida que la relación del apoyo social recibido, el cual suele arrojar resultados inconsistentes. Esto puede deberse a que la percepción de que se dispone de apoyo social reduce el estrés al alentar a las personas a creer que disponen de más recursos para hacer frente a la situación. Por el contrario, recibir apoyo puede poner de relieve la necesidad del beneficiario y, por lo tanto, amenazar su autoestima y posiblemente exacerbar el estrés (Howard et al., 2017). Esto conduce a concluir que el apoyo social por sí sólo no es importante, lo que importa es la creencia en la existencia de ese apoyo social (Harandi et al., 2017).

La literatura analizada anteriormente demuestra claramente las consecuencias perjudiciales de un apoyo social deficiente y los efectos protectores de tener acceso a redes sociales ricas y funcionales para mantener la salud física y psicológica. El apoyo social parece moderar las vulnerabilidades genéticas y ambientales de las enfermedades, posiblemente por los efectos de otros factores psicosociales, como el fomento de estrategias de afrontamiento eficaces, y por los efectos sobre múltiples factores neurobiológicos (Ozby et al., 2007). A este respecto, predominan dos grandes teorías sobre cómo el apoyo social beneficia a las dimensiones de la calidad de vida, estas teorías son: *efecto principal o efecto directo* y *efecto amortiguador* contra el estrés. En el primer caso, cuanto mayor es el apoyo social, mayor es la calidad de vida, es decir, la relación entre estas dos variables es lineal y existiría un efecto beneficioso de carácter general; este efecto se manifestaría ante todos los niveles de estrés (Cohen y Hoberman, 1983). Por otro lado, en la teoría del efecto amortiguador contra el estrés (Cohen y Wills, 1985) o de efecto paliativo, considera que, si el estrés es moderado, la calidad de vida no se ve modulada por la cantidad de apoyo social, por el contrario, en el caso de una acumulación considerable de estrés, el apoyo social sirve como un

amortiguador protector, que se traduce claramente en la calidad de vida, al proteger a las personas contra los efectos físicos y mentales causados por experiencias como enfermedades u otros eventos de la vida. No obstante, parece que estos dos mecanismos no son mutuamente excluyentes, sino que ambos se manifiestan dependiendo de la situación. Se ha encontrado que el componente estructural del apoyo muestra una relación lineal con la calidad de vida; cuando los niveles de estrés son bajos, simplemente estar involucrado en una red, tener gente y sentirse parte de un grupo se relaciona con una mejor calidad de vida. El componente funcional del apoyo cae dentro de la hipótesis del amortiguamiento del estrés; cuando los niveles de estrés son altos, se necesita percibir que se recibe la cantidad suficiente de recursos del entorno social para facilitar la supervivencia (Helgeson, 2003).

No obstante, independientemente de los niveles de estrés en los que se despliega cada mecanismo, estos podrían ponerse en marcha ya que el apoyo puede intervenir entre el evento estresante (o la expectativa de ese evento) y una reacción de estrés atenuando o previniendo una respuesta basada en una evaluación negativa. Es decir, la percepción de que otros pueden y van a proporcionar los recursos necesarios puede redefinir el potencial daño planteado por una situación y/o reforzar la capacidad percibida de uno para hacer frente a las demandas impuestas y, por lo tanto, evitar que una situación en particular sea evaluada como altamente estresante. De igual forma, un apoyo adecuado puede intervenir entre la experiencia del estrés, cuando ha sido evaluado como tal, y el inicio del resultado patológico al reducir o eliminar la reacción al estrés influyendo directamente en los procesos fisiológicos o psicológicos. El apoyo social puede proporcionar una protección a estos dos niveles, al facilitar comportamientos saludables, al reducir la importancia percibida del evento o al calmar al sistema neuroendocrino para que se reaccione menos al estrés percibido (Cohen y Wills, 1985).

Otra variable que podría resultar de interés en el estudio de estas relaciones es la necesidad de apoyo. La disponibilidad del apoyo sólo puede tener un efecto beneficioso en la salud cuando el receptor ha identificado que siente la necesidad de recibir dicho apoyo. Dar apoyo cuando no es necesario o no deseado puede tener el efecto contrario y, según Melrose et al. (2015), puede explicar por qué las intervenciones que aumentan el apoyo en un intento de mejorar la salud han tenido efectos mixtos. Estos autores consideran, por lo tanto, que estas intervenciones deben adaptarse individualmente en función de las necesidades de apoyo. De esta forma huiríamos del concepto de que, porque se hayan encontrado amplias correlaciones entre apoyo social y mejora en calidad de vida, todos los individuos que presenten una patología podrían beneficiarse de componentes que trabajen esta variable en terapia. No obstante, teniendo en cuenta la gran búsqueda de ayuda que manifiestan los pacientes con TLP (Kernberg y Michaels, 2009) y, a la vez, lo solos y desamparados que se sienten (Lazarus y Cheavens, 2017), podríamos concluir que su necesidad de apoyo es alta, y si se encuentran las correlaciones esperadas en nuestro estudio, es muy posible que puedan obtener beneficios de terapias que incluyan trabajar su apoyo social percibido.

3.2.2. APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y TLP

Como destacamos, los rasgos de personalidad se relacionan con el apoyo social percibido (Cukrowicz et al., 2008). El *Modelo de los Cinco Grandes Factores de Personalidad (Big Five)* (Goldberg, 1990) estipula que la personalidad está compuesta por las dimensiones de: extraversión, afabilidad, neuroticismo, conciencia y apertura a la experiencia; los estudios sobre la relación de los rasgos de este modelo y el apoyo social encontraron que ésta es consistente. Esto puede deberse a que estas características influyen en las interacciones sociales, moldeando la forma en que el individuo reacciona y percibe a los otros y viceversa. Los individuos que son altos en extraversión, en comparación con los bajos en este rasgo, tienden a ser más sociables

y amigables, de la misma manera, los individuos bajos en afabilidad son vistos como exigentes y egoístas. Finalmente, los que tienen un alto nivel de neuroticismo son fácilmente irritables y tensos, en comparación con los que tienen un bajo nivel en esta dimensión. Esto se traduce en que, generalmente, se ha encontrado que los individuos altos en extraversión y bajos en neuroticismo informan niveles más altos de apoyo social percibido (Swickert et al., 2010). No obstante, parece que podría ser más acertado considerar que estos rasgos interactúan entre sí para predecir el apoyo social percibido. Se ha encontrado que la extraversión, el neuroticismo y la apertura predijeron el apoyo social general. Estos mismos tres rasgos interactuaron para predecir el apoyo percibido. Es decir, a bajos niveles de extraversión, el bajo neuroticismo se asociaba con un mayor apoyo percibido, independientemente del nivel de apertura. Sin embargo, a medida que aumentaba la extraversión, la combinación de bajo neuroticismo y baja apertura se asoció con mayor nivel de apoyo percibido. A altos niveles de extraversión, el alto neuroticismo y la baja apertura se asociaron con el nivel más bajo de apoyo percibido (Swickert et al., 2010).

Para comprender el posible papel del apoyo social percibido en el TLP es necesario conocer cómo interpretan estas personas las relaciones con sus iguales y los sentimientos y cogniciones que estas interacciones evocan. Estos pacientes, así como personas que muestran rasgos subclínicos del TLP, experimentan angustia y deterioro en sus interacciones interpersonales (Lazarus et al., 2016) las cuales, generalmente, son disfuncionales. Los individuos diagnosticados con este trastorno demuestran percepciones sobre las relaciones que oscilan entre la idealización y la devaluación, temores extremos de abandono e intentos de evitar tal abandono, y manifestaciones de comportamiento enojado u hostil (APA, 2013).

En base a la literatura disponible en relación al Trastorno Límite y a su dimensión relacional podemos concluir que esta disfuncionalidad parece deberse a:

(1) *La sensibilidad al rechazo*. Las características del TLP predicen negativamente, tanto el apoyo percibido de la red social, como la satisfacción con esta, pero este efecto se incrementa ante niveles más altos de sensibilidad al rechazo. Es decir, la tendencia a esperar y percibir ansiosamente el rechazo puede amplificar los temores de abandono, impulsividad y enfado experimentados en este trastorno, erosionando, en última instancia, las percepciones de apoyo y satisfacción social. Por lo tanto, es posible que el rechazo social impacte las redes sociales de estos pacientes de forma bidimensional dañando, tanto el sentido de satisfacción y seguridad del individuo en las relaciones, como el grado en que otros se sienten cercanos y conectados a ese individuo (Lazarus et al., 2016). Esto puede ser debido a que la sensibilidad al rechazo perpetúa un ciclo de problemas interpersonales al crear profecías autocumplidas (Butler et al., 2007) donde, paradójicamente, los esfuerzos para evitar el rechazo se combinan con el temor de que otros se acerquen demasiado, lo que lleva a empujar inadvertidamente a otros a alejarse (Gunderson, 2008), creando relaciones inestables e inseguras y, por ende, insatisfactorias para ambas partes. Aunque esto sigue siendo una hipótesis, ya que estudios como el de Zielinski y Veilleux (2014) encontraron que, efectivamente, los mayores niveles de rasgos TLP se asocian significativamente con una mayor sensibilidad al rechazo y que esta mediaba la relación entre las características del trastorno y el número de apoyos sociales, no obstante, en este caso no se vio mediada la percepción de apoyo social. Por otro lado, el estudio de Liebke et al. (2018) encontró que estos pacientes también parecen ser sensibles a la aceptación. Asignados aleatoriamente a una situación de rechazo o aceptación, después de la experiencia de la aceptación social, los pacientes con TLP se comportaron de manera menos cooperativa. Estos hallazgos experimentales apuntan a una cuestión clínicamente relevante en esta patología: las respuestas cognitivas y conductuales alteradas a la aceptación social pueden obstaculizar la formación de

relaciones cooperativas estables y afectar negativamente a las futuras relaciones interpersonales, al igual que las respuestas ante el rechazo.

(2) *Sesgos en la detección de señales sociales.* Se ha concluido que los individuos con TLP parecen presentar dificultades para detectar con precisión las señales sociales, y caen en una tendencia o sesgo hacia la evaluación de las interacciones interpersonales como negativas y agresivas; esto puede estar directamente relacionado con los desafíos que experimentan en el establecimiento y mantenimiento de las relaciones interpersonales (Barros, 2016). También se ha encontrado que estas carencias y sesgos podrían deberse a una menor capacidad para interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales (Fonagy et al., 2002), y a una mayor dificultad para reconocer las emociones faciales, en comparación con controles sanos. Por otro lado, presentan un mayor sesgo de personalización (sesgo que inclina a culpar a otros en lugar de a las circunstancias) y mayores dificultades perceptivas que los controles (Anupama et al., 2018). Estas vulnerabilidades en la detección y percepción de cogniciones sociales pueden traducirse en un bajo apoyo social percibido al no ver a los otros como aliados, sino como una fuente de amenazas. Los resultados sugieren déficits en la cognición social para las relaciones positivas, pero no para las relaciones negativas, como los conflictos interpersonales (Clifton et al., 2007).

(3) *Evaluaciones negativas después de las interacciones.* No solo el momento de la interacción en sí parece estar sesgado, sino que el momento posterior mantiene ese cariz desadaptativo. Estos individuos tenían niveles más altos de enfado, desacuerdo y ansiedad después de las interacciones sociales que el grupo de control con otros trastornos de personalidad y el grupo de control sin trastornos de personalidad, según el estudio de Stepp et al. (2009).

Y (4) *la naturaleza estructural que presentan sus relaciones y su calidad.* En cuanto a los componentes de sus redes, estas tienen un mayor número de exparejas

románticas, y de relaciones que habían sido terminadas (Clifton et al., 2007). Los participantes con síntomas bajos de TLP tenían relaciones cercanas con personas con alta centralidad dentro de sus redes, mientras que aquellos con numerosos síntomas mantenían sus relaciones con personas que consideraban menos centrales o importantes. Los autores consideran que esto pondría a estos pacientes en desventaja social, ya que están menos conectados socialmente con aquellos con los que están más estrechamente vinculados (Beeney et al., 2018). En cuanto a la calidad de las relaciones, en concreto las mujeres con esta patología, informan de menos satisfacción y apoyo y más conflictos y críticas entre los miembros de su red que las mujeres sanas del grupo control. Esto puede deberse a que conservan a personas en su núcleo social a pesar de que la relación con estas se caracteriza por su negatividad, y son incapaces de cortar vínculos, al presentar sentimientos de soledad superiores a la población general (Lazarus y Cheavens, 2017), y por su característico miedo a ser abandonados (APA, 2013). La soledad en el TLP se determina por la reducida variedad de roles que desempeñan en la vida social y sus patentes deficiencias en la comunicación interpersonal efectiva (Liebke et al., 2017).

En base a esto, es evidente que las intervenciones para este trastorno pueden beneficiarse de un mayor énfasis en la construcción de habilidades para formar relaciones de alta calidad, en otorgar habilidades a los pacientes que les permitan poner término a las relaciones dolorosas de sus redes, que no proporcionan el apoyo o la satisfacción necesarios (Lazarus, 2015), y en lograr una reestructuración de las cogniciones que utilizan a la hora de comprender a los otros e interactuar con ellos, con la esperanza de que una mejora en sus redes pueda optimizar la calidad de vida en estas personas, gracias a los muchos beneficios del apoyo social para la salud.

3.3. OPTIMISMO DISPOSICIONAL

El optimismo ha sido conceptualizado de varias maneras. Se trata de una característica compleja con aspectos cognitivos, emocionales y motivacionales (Pretzer y Walsh, 2001). Entre los varios enfoques y formas de medir este concepto, podríamos destacar dos de ellas como las más relevantes y dominantes en la literatura y en los estudios psicológicos, estos son: el *estilo atribucional* y el *optimismo disposicional*. El enfoque de estilo atribucional o explicativo surge de las investigaciones de Seligman sobre indefensión aprendida (Seligman, 1975). Este concepto se define como la creencia de que no existe controlabilidad por parte del sujeto sobre el desenlace de los acontecimientos. Esta teoría se desarrolló a partir del análisis de los patrones que utilizan las personas para explicar los eventos que les suceden, lo que supone que las expectativas se basan en interpretaciones individuales de experiencias previas. El estilo atribucional (o estilo explicativo) es la forma en que las personas explican las causas de los diferentes eventos en sus vidas. Dentro de este concepto existen tres parámetros (internalidad, estabilidad y globalidad) existiendo una distinción entre estilos atribucionales optimistas y pesimistas (Seligman et al., 1979). En este caso, el reentrenamiento atribucional podría permitir a las personas a aprender a ser optimistas, ya que, desde esta perspectiva, se califica de pesimistas a quienes explican los malos acontecimientos con causas internas (causadas por ellos mismos), estables (seguirán ocurriendo) y globales (ocurrirán en otras esferas de la vida), mientras que a quienes favorecen causas externas, inestables y específicas se les califica de optimistas (Buchanan y Seligman, 1995). Por lo tanto, desde este enfoque, el optimismo hace referencia a una situación o a un estado y divide a las personas en dos categorías diferenciadas; el optimismo no sería un único rasgo con dos extremos (bajos y altos en dicho rasgo) dentro del que las personas se enmarcarían.

Por otro lado, Scheier y Carver (1985) definieron el optimismo disposicional como la expectativa general o la creencia en resultados positivos en el futuro. Esta definición se basa en un modelo de autorregulación de la conducta en el que las acciones de una persona son impulsadas por sus expectativas de logro de metas. En situaciones adversas, cuando se cuestiona el logro de una meta, los optimistas esperan resultados positivos y continúan trabajando hacia la meta, mientras que los pesimistas anticipan resultados negativos y no persiguen la meta reduciendo sus esfuerzos para lograrla (Scheier y Carver, 1993; Scheier et al., 2001). Este modelo se centra, por lo tanto, en la motivación alrededor de dos elementos clave: metas y expectativas. Las metas son acciones o estados que son deseables o indeseables para las personas. Por lo tanto, es lógico pensar que las personas buscan comprometer sus esfuerzos para lograr las metas que consideran importantes. Cuanto más valioso y significativo es un objetivo, mayor es la motivación para actuar (Culver et al., 2003). El segundo elemento de la teoría, la expectativa, se entiende como una sensación de convicción o incertidumbre sobre el logro de una meta. Sólo se realizarán esfuerzos hacia el objetivo si la persona tiene la suficiente confianza en los resultados esperados (Scheier et al., 2001).

Tales expectativas se consideran en este modelo como disposiciones estables, es decir, rasgos o fuentes estables de diferenciación individual. Al contrario del modelo anterior, que considera las expectativas como situacionales. En el optimismo disposicional, una persona alta en este rasgo muestra una perspectiva positiva generalizada sobre su futuro que es estable y se aplica en gran medida a lo largo de toda la vida (Carver y Scheier, 2014); la gente mantiene su optimismo y pesimismo a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones, así, la disposición refleja una tendencia general a través de una variedad de dominios de la vida.

Aunque el optimismo se considera un rasgo de la personalidad que es relativamente estable a lo largo del tiempo y de las experiencias es, no obstante, modificable mediante el uso de la terapia cognitivo-conductual integrada, entre otras, ya

que puede aumentar la motivación para el cambio, identificar y desafiar los pensamientos pesimistas y sus alternativas (Pretzer y Walsh, 2001). Por lo que si esta variable muestra tener un papel relevante en el TLP y la calidad de vida podría incluirse su mejora como estrategia terapéutica.

La perspectiva del optimismo disposicional, al contrario del estilo atribucional, considera que utilizar un punto de corte entre el optimismo y el pesimismo puede no ser completamente representativo de la realidad, y mide el optimismo a lo largo de un continuo, es decir, de un optimismo de alta disposición a un optimismo de baja disposición, en lugar de distinguir el optimismo del pesimismo (Nes, 2016). En nuestro estudio mediremos el optimismo entendiéndolo como optimismo disposicional al considerarlo como un rasgo estable y de dimensionalidad bipolar con contenido y sustancia a ambos extremos (Carver y Scheier, 2014), algo en consonancia con la visión que mantenemos en ambos estudios en relación a los rasgos de personalidad. Para medir esta variable utilizaremos el *Life Orientation Test Revised (LOT-R)* de Scheier et al. (1994), un instrumento desarrollado para medir esta forma de entender el optimismo.

También resulta de interés mencionar la relación de este constructo con las estrategias de afrontamiento, las cuales también mediremos en este estudio, y con las que el optimismo presenta una estrecha relación. Como comentamos, el optimismo disposicional se cimienta y operativiza en la teoría de la autorregulación, que asume que gran parte de la vida tiene que ver con el enfoque de las metas y el esfuerzo para lograr dichas metas, los optimistas continúan con el esfuerzo a pesar de los impedimentos, mientras que los pesimistas lo cesarían (Carver y Scheier, 2014). Se deduce, por lo tanto, que los optimistas tienden a utilizar estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema cuando se enfrentan a un factor estresante, como afrontamiento orientado a los problemas, planificación o búsqueda de apoyo social, mientras que los pesimistas suelen utilizar estrategias de afrontamiento evitativas o de falta de compromiso (por ejemplo, desahogo emocional o desinterés por la acción). Una

explicación potencial para estas relaciones compartidas es que el optimismo y los estilos de afrontamiento interactúan entre sí para producir cómo un individuo responde a una situación estresante o desafiante (Thatchett y Park, 2004).

3.3.1. OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y CALIDAD DE VIDA

El optimismo disposicional es un recurso personal y psicológico que determina en gran medida el estilo de afrontamiento y la respuesta adaptativa que desplegará el sujeto que se enfrenta a enfermedades de tipo crónico (Costa-Requena et al., 2014), tanto físicas como mentales, ya que las investigaciones han demostrado que está ampliamente asociado con un incremento del bienestar en ambos tipos de patologías (Carver y Scheier, 2014). A raíz del descubrimiento de esta estrecha relación entre ambas variables, las líneas de investigación sobre el optimismo se han centrado en su mayoría en su relación con la calidad de vida relacionada con la salud en casos de enfermedad, aunque este recurso psicológico ha llegado a establecerse como un factor determinante de la calidad de vida también en personas sanas (Fournier et al., 2002; Gordon et al., 2002; Londoño y Velasco, 2015), y más allá de los momentos de adversidad o estrés (Carver et al., 2010).

Esta expectativa de resultados positivos se ha relacionado con un mejor bienestar psicológico y salud mental, en forma de menos angustia, mejor adaptación y calidad de vida, mejor satisfacción con la vida, mejor apoyo social y también menos ansiedad y depresión entre otros; en general parece ser un rasgo que tiene efectos protectores sobre la salud (Nes y Segerstrom, 2016). Las diferencias individuales en optimismo son relevantes para la psicología clínica porque esta dimensión está asociada, tanto directa como indirectamente, y tanto a nivel individual como social, con el riesgo de psicopatología. En resumen, el rasgo del optimismo puede proporcionar recursos cognitivos, de afrontamiento y contextuales que promueven una mejor salud

mental. De hecho, el patrón de asociaciones que el optimismo tiene con varias tendencias conductuales y cognitivas puede ofrecer indicaciones sobre las características de una vida óptima con una buena calidad, mientras que el pesimismo está asociado con el patrón opuesto (Carver et al., 2010).

Ante el estrés vivido en enfermedades físicas, el optimismo disposicional mejora el bienestar y la calidad de vida de pacientes con problemas coronarios mejorando su pronóstico, dada su influencia positiva en la regulación fisiológica (mejorando los factores inflamatorios y hemostáticos) y en la promoción de hábitos de estilo de vida saludable (como la actividad física) (Boehm et al., 2018). En cambio, el pesimismo se asocia a reacciones adversas en el tratamiento de problemas cardíacos, como las cirugías de *bypass* o el trasplante de corazón, ya que esta característica opuesta al optimismo hace que los síntomas de enfermedades a largo plazo se desarrollen más rápido y con peor pronóstico (Scheier et al., 2001).

En otras enfermedades, como en el caso del Parkinson, los bajos en optimismo y altos en pesimismo ven reducida su calidad de vida, mientras que un alto optimismo se asocia con una mejor calidad de vida en la dimensión de salud mental (Gruber et al., 2009). Asimismo, en la epilepsia, una orientación optimista hacia la condición se relaciona con una mayor percepción de salud física y mental y mayor percepción de la propia calidad de vida (Pais-Ribeiro et al., 2007), también se ha encontrado que mejora la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, ayudando a sobrellevar mejor la enfermedad (Finck et al., 2017). Entendiendo el cáncer de forma más amplia, la revisión sistemática de Marton et al. (2020) se centró en estudios que evaluaron la calidad de vida y el optimismo disposicional en pacientes que padecían esta enfermedad. Encontraron una asociación entre ambas variables en esta población siendo, por lo tanto, un factor que puede desempeñar un papel relevante en las respuestas y la adaptación a la enfermedad de las personas que se enfrentan a un diagnóstico de cáncer, al demostrar su efecto beneficioso sobre la salud mental y física.

En el caso de pacientes con una patología de dolor crónico correlaciona con menor sintomatología ansioso-depresiva y mejor calidad de vida relacionada con la funcionalidad, al reducir la discapacidad por deterioro físico. En este caso debido a que los pacientes altos en optimismo utilizaban estrategias activas de afrontamiento con las que se estableció una relación con menores niveles de dolor percibido, depresión, ansiedad y deterioro y un mayor nivel de funcionamiento; mientras que el pesimismo se relacionó con las estrategias pasivas, las cuales presentaban el patrón opuesto. Así que el optimismo y el consecuente uso de estrategias activas mejoraba la calidad de vida relacionada con la funcionalidad en estos pacientes (Ramírez-Maestre et al., 2012).

Asimismo, el optimismo no sólo ayuda a hacer frente de forma adaptativa a la enfermedad, sino que tiene efectos protectores ante ella, los datos demuestran que las personas optimistas son menos vulnerables a desarrollar enfermedades físicas, tienen mejor funcionamiento del sistema inmunológico y menor tasa de mortalidad (Remor et al., 2006). En concreto, también puede ejercer su efecto protector cuando aún no se ha iniciado una enfermedad cardiovascular en mujeres, como en un estudio a gran escala que encontró que las mujeres optimistas eran menos propensas que las pesimistas a desarrollar enfermedades coronarias, eran menos propensas a morir por causas relacionadas con esta enfermedad y tenían una mortalidad total menor debido a todas las causas; la duración del estudio fue de 8 años (Tindle et al., 2009).

En cuanto a la salud mental el optimismo y el pesimismo (especialmente el primero) tenían importantes vínculos directos e indirectos (a través de la afectividad positiva y negativa) con los síntomas depresivos y la satisfacción vital (Chang y Sanna, 2001). El optimismo también está inversamente asociado con la ideación suicida, incluso después de controlar la edad, el género, los síntomas depresivos y la desesperanza (Hirsch et al., 2007). Los pacientes con un bajo nivel de optimismo y un alto nivel de pesimismo están en riesgo de niveles más altos de ansiedad y depresión, además de poder enfrentarse a una disminución de su calidad de vida relacionada con la salud

(Zenger et al., 2010). El inicio de la depresión, las características de los episodios depresivos y la aparición de episodios posteriores también está influenciado por el optimismo. Este vínculo entre optimismo y depresión, según Schueller y Seligman (2008), podría entenderse dentro del marco de las teorías cognitivas de la depresión, según las cuales su aparición es causada por un estilo cognitivo inadaptado determinado, en parte, por falta de expectativas positivas hacia el futuro.

El optimismo también tiene un papel relevante en otros momentos de estrés distintos a los relacionados con enfermedades físicas o mentales, como en el caso de los cuidadores, o en otros eventos desafiantes, como comenzar la universidad (Carver et al., 2010). El optimismo también reduce el *distrés* y los síntomas depresivos en el proceso de envejecimiento (Carver et al., 2010). En el estudio longitudinal de James et al. (2019) se encontró que el optimismo se asocia con un aumento de la probabilidad de vivir un envejecimiento sano en mujeres, entendido como (1) permanecer libre de enfermedades crónicas mayores; (2) no tener deterioro subjetivo de la memoria; (3) tener una función física intacta; y (4) sobrevivir a través del seguimiento. El optimismo sería un candidato importante a ser tratado en terapia para asegurar un envejecimiento sano.

En cuanto a factores sociales, el enfoque activo centrado en los objetivos que los optimistas llevan a cabo también se relaciona con los beneficios en el plano socioeconómico. La evidencia sugiere que se relaciona con una mayor persistencia en los esfuerzos educativos y con mayores ingresos posteriores. Las ventajas del optimismo también parecen reflejarse en el dominio de las relaciones interpersonales, los optimistas son más queridos que los pesimistas, su esfuerzo en la resolución de problemas permite mantener viva su red de relaciones. Las propiedades beneficiosas del optimismo en lo intrapersonal e interpersonal se dan incluso en ausencia de estrés (Carver et al., 2010), por ende, podemos concluir que sus factores reductores del estrés y promotores de la calidad de vida no se limitan al campo de lo patológico.

Las cualidades del optimismo sobre las dimensiones de la calidad de vida podrían deberse principalmente a dos motivos: (1) a su capacidad para otorgar al individuo un repertorio de estrategias de afrontamiento adaptativas y activas, las cuales sabe escoger y poner en marcha, lo que le permite lidiar de forma efectiva con el estrés y protegerse de sus efectos negativos sobre el bienestar (Efkliides y Moraitou, 2013; Nes y Segerstrom, 2016). El uso del optimismo, a través de las estrategias de afrontamiento dirigidas a la solución, a pesar de los impedimentos, mantiene alejada la desesperanza propia de los pesimistas (Schou et al., 2004); estas estrategias podrían conferir al optimismo su cualidad protectora de la salud. (2) El optimismo tiene la capacidad para fomentar la puesta en marcha de conductas promotoras de la salud, los optimistas realizan estos hábitos favorables para su calidad de vida ya que esperan lograr de su ejecución buenos resultados y persisten en su realización, a pesar de no lograrlos de manera temprana; los pesimistas, por otro lado, tienden al abandono. Esto se relaciona también con las estrategias de afrontamiento, ya que para poner en marcha conductas promotoras de la salud y, sobre todo, para mantenerlas a pesar de no lograr resultados inmediatos, se deben utilizar estrategias adaptativas orientadas al logro de metas, además de mantener expectativas positivas y esperar un resultado favorable (Efkliides y Moraitou, 2013). Como ejemplo del optimismo y su efecto en las conductas promotoras de la salud podemos citar el estudio de Kelloniemi et al. (2005) que encontró que en adultos jóvenes se hallaron mayor número de pesimistas fumadores y con un índice de masa corporal (IMC) dentro del rango de obesidad; asociaron la falta de optimismo con un repertorio de hábitos de vida poco saludables, así como con menor persistencia a la hora de poner en marcha estrategias favorables a la salud, ya que actúan con falta de compromiso, probablemente por su tendencia a rendirse, al no creer que sus actos traigan los resultados esperados, mientras que los optimistas sí creen que éstos darán sus frutos.

Además, los optimistas también conocen el momento adecuado para activar este tipo de conductas, reflejando una buena gestión de estos comportamientos. Su expectativa positiva del futuro no hace que obvien los riesgos, sino que su atención hacia los potenciales daños para la salud es selectiva; es decir, procesan esta información negativa cuando existe una amenaza real (Sanjuán y Pérez-García, 2003), por lo tanto, podemos deducir que no se ven afectados por sesgos atencionales interpretando de forma negativa contenido que realmente no lo es, con el consecuente estrés o preocupación innecesaria que esto conlleva, lo que también puede proteger su salud física y mental.

A pesar de los enormes beneficios que hemos citado que posee el optimismo, hay algunas indicaciones de que los optimistas pueden pagar un coste fisiológico a corto plazo durante la exposición a los factores estresantes. Esto se debe, probablemente, a su tendencia a comprometerse y persistir a pesar del estrés, sin embargo, a largo plazo, sus comportamientos y su persistencia suele valer la pena, lo que conduce al logro de objetivos que se traduce en bienestar psicológico y fisiológico positivo (Carver y Scheier, 2014).

3.3.2. OPTIMISMO DISPOSICIONAL Y TLP

Desde el *Modelo de los Cinco Factores de la Personalidad* se ha sugerido que el optimismo representa una mezcla de neuroticismo y extraversión, aunque existen muchas divergencias sobre dónde se debería enmarcar este rasgo y cómo captarlo desde la perspectiva de este popular modelo de la personalidad (Carver y Scheier, 2014). Esto se debe a que otros estudios han encontrado que el optimismo podría ir más allá del neuroticismo y la extraversión. Sharpe et al. (2011) descubrieron fuertes relaciones positivas entre el optimismo y cuatro de los cinco factores principales del modelo usando diferentes medidas o rasgos del mismo. En concreto, el optimismo

correlacionaba con la estabilidad emocional, la extraversión, la afabilidad y la conciencia. Asimismo, las características de afabilidad y conciencia contaron con mayor varianza explicada en el optimismo disposicional que el neuroticismo y la extraversión. Los autores interpretan estos resultados de la forma que muchos esperaban, como una evidencia de la complejidad del optimismo dentro de los modelos de rasgos de la personalidad. Por otro lado, se ha hallado que los individuos que son emocionalmente estables, extravertidos, afables, responsables y abiertos al cambio tienen más probabilidades de ser optimistas y, por lo tanto, tienden a esperar cosas positivas para su futuro. Especialmente, las altas correlaciones del optimismo disposicional con la estabilidad emocional y la extraversión plantean la cuestión de hasta qué punto el optimismo es distinto de la personalidad; mientras que también hay autores que consideran que el optimismo debe ser entendido fuera de los modelos de personalidad (Coelho et al., 2018). Estas discrepancias en los resultados, como apuntan Carver y Scheier (2014), podrían deberse a que el optimismo se diferencia del resto de los rasgos en su forma de operar. Consideran que los cinco factores forman dominios que definen el contenido de la motivación humana, como por ejemplo la simpatía con el objetivo de establecer vínculos sociales, mientras que el optimismo cae en la dimensión del cómo se ejecutan esos motivos, la manera en que estos se traducen en comportamiento o la ausencia de él. Aún existe una discusión sobre si el optimismo es un rasgo independiente de la personalidad o si es un rasgo con características diferenciales del resto (Coelho et al., 2018).

En cuanto al optimismo dentro de un patrón de personalidad TLP, no hemos encontrados estudios que analicen explícitamente su papel en esta patología, ya que esta variable parece haberse estudiado en estos pacientes principalmente en relación al optimismo terapéutico, es decir, a las expectativas del terapeuta de resultados positivos gracias al tratamiento (Fallon, 2003). No obstante, analizando los mecanismos

subyacentes y las características típicas del trastorno podemos teorizar sobre cómo se manifestará el optimismo disposicional en estos pacientes y su relevancia.

Primeramente, el TLP se caracteriza por pensamientos y emociones altamente negativas. Este afecto negativo es tan intenso en estos pacientes que los lleva a involucrarse en comportamientos disfuncionales e impulsivos, como la autolesión, el abuso de sustancias o las explosiones de ira inapropiada para huir de estas emociones (Crowell et al., 2009). La emocionalidad negativa se acompaña de cogniciones negativas, como interpretar maligna y amenazantemente las situaciones, y otra variedad de procesos cognitivos desadaptativos; vulnerabilidades o sesgos que favorecen la información con significado personal o valencia emocional negativa. En cuanto al tipo de sesgos concretos que se dan en el TLP, Baer et al. (2012), en su artículo de revisión de la literatura, llegaron a la conclusión de que en el TLP se manifiestan multitud de sesgos: (1) *sesgos atencionales*, como la atención selectiva a los estímulos amenazantes, (2) *sesgos de memoria*, como la memoria selectiva a la información negativa, y (3) *distorsiones* en el contenido de las creencias, suposiciones, atribuciones e interpretaciones.

Así, la literatura empírica sugiere que las personas con TLP están expuestas de forma habitual a estímulos negativos; tienen un acceso desproporcionado a memorias negativas lo que respalda una variedad de creencias acerca de sí mismos y del mundo que conduce a interpretaciones y evaluaciones negativamente sesgadas de estímulos neutrales o ambiguos. Por lo tanto, estos pacientes presentan una amplia gama de cogniciones disfuncionales, que incluyen una combinación de creencias sobre sí mismos (como inaceptables, vulnerables, impotentes), otras personas (que los rechazarán o abandonarán) y del mundo (como peligroso, malévolo), y esta gravedad patológica en su percepción es la que los distingue de los otros trastornos de la personalidad (Baer et al., 2012). Este predominio de una negatividad de alta intensidad

en estos tres ámbitos fundamentales del individuo hace improbable que una persona pueda albergar conjuntamente a estos sesgos unas buenas expectativas sobre el futuro.

Esto se confirma en el estudio de Korn et al. (2016) que encontró que los pacientes TLP procesan la información sobre su futuro de una manera más negativa que los controles sanos. Los participantes calificaron su probabilidad de experimentar 45 eventos adversos en la vida, antes y después de recibir información estadística sobre la probabilidad promedio de estos eventos. El grupo clínico estimó, en primera instancia, su probabilidad de experimentar estos de forma más alta que los controles sanos. Sin embargo, después de recibir información sobre los eventos de la vida, las estimaciones de los dos grupos no difirieron; ambos grupos actualizaron sus estimaciones hacia la información deseable, por encima de la no deseable. Esto implica que estas valoraciones negativas sobre lo que está por acontecer en sus vidas o este pesimismo podría ser superado cuando se les proporciona la información pertinente; se podría trabajar el optimismo en estos pacientes enseñándoles a buscar información apropiada antes de valorar posibles acontecimientos, tanto presentes como futuros, teniendo la cantidad de información adecuada podrán hacer una valoración más objetiva de la situación, lejos de los sesgos negativos. Esto es algo que también se podría trabajar con sus allegados, enseñándoles a dar respuestas justificadas y con suficiente información como para que los pacientes puedan verlas desde un prisma objetivo, lo que podría reducir los conflictos interpersonales.

En relación al TLP y al optimismo también hay que hablar del pensamiento polarizado o dicotómico, el cual es una de las características de estos pacientes (Arntz y ten Haaf, 2012), que también correlaciona con la severidad de la patología (Moritz et al., 2011). Este pensamiento se caracteriza por la propensión de un individuo a pensar en términos de oposición binaria, como "blanco o negro", "bueno o malo", "todo o nada", así que sus expectativas sobre los acontecimientos del futuro podrían oscilar entre ambas vertientes según el estado emocional del momento concreto. Es posible que

estos pacientes alternen entre un alto y bajo optimismo según su ánimo, y ambos extremos son nocivos. Esta oscilación podría llevarlos a tener expectativas inconstantes e inestables sobre su futuro el cual, por lo tanto, podría estar dominado por la incertidumbre y la incógnita, impidiéndoles trabajar hacia un proyecto de vida claro. No obstante, la presencia de los sesgos con tendencia negativa que ha quedado patente (Korn et al., 2016) parece conllevar una superioridad y predominancia del estilo negativo de atribución general sobre el pensamiento dicotómico en estos pacientes, por lo que la mayor parte del tiempo experimentarían un alto pesimismo (Sieswerda et al., 2005), presentando solo picos puntuales de optimismo, demasiado escasos, inconsistentes y erráticos como para que este rasgo pueda ofrecerles beneficios sobre su calidad de vida.

Revertir esta tendencia negativa y pesimista podría ser beneficioso en los tratamientos para el TLP, intentando que dentro de estas oscilaciones primen los momentos de optimismo sobre los pesimistas, siempre cuidando que este optimismo sea realista y no ilusorio, ya que su extremismo puede hacerles caer en expectativas positivas irreales y exageradas sobre el futuro, junto con los peligros que el optimismo ilusorio conlleva. Este puede producir consecuencias perjudiciales o no deseadas, llevando a las personas a asumir riesgos innecesarios o a no prepararse para problemas potenciales, en la medida en que el optimismo irrealista refleja la percepción de que uno no está en riesgo; puede, por lo tanto, dar lugar a menos comportamientos que promuevan la salud o a más comportamientos de riesgo (Shepperd et al., 2016), algo especialmente peligroso en el TLP, ya que tienen tendencia a realizar conductas impulsivas en áreas potencialmente dañinas para sí mismos (APA, 2013).

Aparte de por estos sesgos cognitivos, contrarios e incompatibles a la posibilidad de expectativas positivas sobre el futuro, también podemos deducir que los pacientes TLP serán bajos en este rasgo porque el optimismo parece manifestarse a través de la elección de estrategias de afrontamiento, y los estudios sobre TLP y afrontamiento

muestran el uso de estrategias desadaptativas en estos pacientes (Agüero et al., 2014), altas en evitación conductual y falta de compromiso, estilos que no se manifiestan cuando existen expectativas positivas, como vimos en la sección anterior.

Dada la falta de estudios entre TLP y optimismo, aún queda mucho camino abierto en la investigación concreta de esta relación y de los sesgos que pueden estar involucrados en la probable falta de expectativas positivas, teniendo en cuenta que actualmente la literatura sobre los sesgos cognitivos es mucho menos extensa que para los trastornos del *Eje-I* y no se han abordado muchas de las cuestiones importantes (Baer et al., 2012). No obstante, estudios como el de Kealy et al. (2020) parecen indicar el efecto positivo que podría tener esta variable en el TLP, la cual parece potenciar el desarrollo en los pacientes de la iniciativa para el crecimiento personal, la fijación de objetivos y la acción planificada para lograr cambios positivos y relevantes.

A modo de conclusión de esta revisión teórica podemos decir que, tanto el afrontamiento, como el optimismo y el apoyo social parecen relacionarse entre sí (Carver et al., 2010; Nes y Segerstrom, 2016). Estos recursos personales, relacionados con un ajuste psicológico positivo parecen tener cualidades beneficiosas para la calidad de vida, pero todos parecen manifestar también carencias en el TLP siendo importante conocer la extensión de estas carencias y la repercusión que están teniendo en los pacientes.

Ahora que hemos definido operativamente estas tres variables que se incluyen como posibles mediadoras en el Estudio 2, así como su relación y su relevancia con el Trastorno Límite y las dimensiones de la calidad de vida, continuamos exponiendo los objetivos e hipótesis de esta investigación.

4. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Valorar el posible efecto mediador de las *estrategias de afrontamiento* medidas mediante el *BCOPE*, del *apoyo social percibido* medido mediante la subescala de apoyo social del *QLQ*, y del *optimismo disposicional* evaluado mediante el *LOT-R*, en la relación entre rasgos de personalidad y ambos dominios de calidad de vida (*SF-36* y *WHODAS 2.0*), tanto en el grupo clínico como en el grupo control.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Valorar las diferencias en *estrategias de afrontamiento*, *apoyo social percibido* y *optimismo disposicional* entre el grupo control y el grupo clínico.
2. Evaluar la forma en que las *estrategias de afrontamiento*, el *optimismo disposicional* y el *apoyo social percibido* se relacionan con las medidas de calidad de vida y los rasgos de personalidad en ambos grupos.
3. Extender las relaciones encontradas en el Estudio 1, tanto en el grupo de control como en el grupo clínico, entre *rasgos de personalidad patológicos*, las *dimensiones de calidad de vida*, y la *satisfacción vital*, analizando ahora la contribución de las *estrategias de afrontamiento*, el *apoyo social percibido* y el *optimismo disposicional*.

4.3. HIPÓTESIS PLANTEADAS

Hipótesis 1. Los resultados del *BCOPE* reflejarán en el grupo clínico una mayor puntuación en estrategias de afrontamiento desadaptativas o de falta de compromiso y una menor puntuación en estrategias de afrontamiento adaptativas o de compromiso y

de búsqueda y utilización de apoyo social en comparación con el grupo de control.

Hipótesis 2. El grupo clínico presentará menores puntuaciones en el *LOT-R* y en la subescala de apoyo social del *QLQ* reflejando, por lo tanto, un menor optimismo disposicional y apoyo social percibido en comparación con el grupo de control.

Hipótesis 3. En ambos grupos, las estrategias de afrontamiento de falta de compromiso correlacionarán de forma negativa con las puntuaciones del *SF-36* (calidad de vida relacionada con la salud) y de forma positiva con el *WHODAS 2.0* (medida de falta de funcionalidad). Por otro lado, el afrontamiento de compromiso y de búsqueda y utilización de apoyo, el optimismo disposicional y el apoyo social percibido correlacionarán de forma positiva con las puntuaciones del *SF-36* y de forma negativa con las del *WHODAS 2.0*.

Hipótesis 4. Las estrategias de afrontamiento, el apoyo social percibido y el optimismo disposicional mediarán las relaciones entre personalidad y las dos dimensiones de calidad de vida estudiadas.

Hipótesis 5. Los patrones de mediación encontrados (cantidad de ámbitos de la calidad de vida mediados y fuerza de las mediaciones) serán diferentes en el grupo control y en el grupo clínico.

Hipótesis 6. Los resultados del *WHODAS 2.0* y del *SF-36* evidenciarían peor calidad de vida relacionada con la funcionalidad y peor calidad de vida relacionada con la salud en el grupo clínico en comparación con el grupo control.

5. MÉTODO

5.1. PARTICIPANTES

La participación total de este estudio fue de 237 mujeres. No obstante, se excluyeron un total de 45 participantes. 10 participantes no fueron incluidas en el grupo TLP por no contar aún con un diagnóstico firme por parte de un profesional de la salud mental a la hora de cumplimentar las pruebas o por no completar la totalidad de los cuestionarios de la investigación. Por otro lado, 35 mujeres fueron excluidas del grupo de control. Los motivos de exclusión fueron el no haber cumplimentado todas las pruebas, superar la edad máxima o no contar con el estado de salud mental y física percibido exigido para participar en esta investigación (al menos 3 sobre 5).

Por lo tanto, la muestra final contó con 192 mujeres. 97 compusieron el grupo clínico, de las cuales 30 ya habían participado en el Estudio 1. El grupo de control contó con 95 participantes. Se mantuvieron los mismos criterios de inclusión comunes para ambos grupos que en el Estudio 1 con el objetivo de analizar nuevas variables en una muestra con características equiparables a la de la investigación anterior. Estos criterios fueron: residir en España y ser de nacionalidad española, y, por ende, tener una buena comprensión de la lengua castellana. Con ello se pretende controlar en la medida de lo posible las diferencias culturales y ambientales. Como segundo criterio, las participantes debían tener una edad comprendida entre los 18 y los 55 años, con el fin de controlar que el posible deterioro detectado no se debiera a problemas relacionados con la edad. A continuación, mostraremos las características de cada grupo y sus criterios propios de inclusión.

5.1.1. GRUPO CLÍNICO

Además de los criterios de inclusión comunes, para participar en este grupo las pacientes debían contar con un diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad por parte de un psicólogo o psiquiatra.

Tabla 5. Características del grupo clínico en el Estudio 2.

Grupo clínico (N = 97)	
Edad [<i>media (DT)</i>]	33.47 (7.86)
Estado civil [<i>n (%)</i>]	
En una relación de pareja	41 (42.20)
Sin pareja	56 (57.70)
Ocupación [<i>n (%)</i>]	
Con empleo	34 (35.1)
Sin empleo	40 (41.3)
Estudiante	23 (23.7)
Tiempo desde el diagnóstico [<i>n (%)</i>]	
5 años o menos del diagnóstico	64 (65.9)
Más de 5 años	33 (34.1)
Lugar de diagnóstico [<i>n (%)</i>]	
Sanidad pública	57 (58.8)
Clínica privada	40 (41.2)
Tratamiento con medicación psiquiátrica [<i>n (%)</i>]	
En tratamiento al participar	67 (67.1)
Sin tratamiento al participar	30 (30.9)

Tabla 5. (continuación)

Reciben terapia psicológica [<i>n</i> (%)]	
En terapia al participar	69 (71.1)
No realiza terapia al participar	28 (28.9)
Salud física valorada de 1 (muy mala) a 5 (excelente) [<i>n</i> (%)]	
Inferior a 3	46 (47.4)
De 3 a 4	51 (52.6)
Salud mental valorada de 1 (muy mala) a 5 (excelente) [<i>n</i> (%)]	
Inferior a 3	55 (56.7)
De 3 a 4	42 (43.3)

5.1.2. GRUPO CONTROL

Las participantes del grupo de control debían informar de una salud mental y física percibida de al menos 3 sobre 5, no padecer ninguna enfermedad física o mental, y llevar al menos un año sin estar en terapia psicológica o tomar medicación psiquiátrica. Con estos criterios pretendíamos que se tratara de mujeres con un estado físico y mental positivo en el momento de completar las pruebas, ya que resulta necesario comparar el grupo TLP con una muestra sana.

Tabla 6. Características del grupo control en el Estudio 2

Grupo control (N = 95)	
Edad [media (DT)]	33.31 (7.70)
Estado civil [n (%)]	
En una relación de pareja	65 (68.4)
Sin pareja	30 (31.6)
Ocupación (además de estudiante de la UNED) [n (%)]	
Con empleo	62 (65.3)
Sin empleo	33 (34.8)
Tratamiento con medicación psiquiátrica [n (%)]	
Nunca	82 (86.3)
Sí, pero el tratamiento terminó hace más de 1 año	13 (13.8)
Han recibido terapia alguna vez [n (%)]	
Nunca	67 (70.5)
Sí, pero la terapia terminó hace más de 1 año	28 (29.5)
Salud física valorada de 3 (regular) a 5 (excelente) [n (%)]	
3 (regular)	11 (11.6)
4 (buena)	60 (63.2)
5 (excelente)	24 (25.3)
Salud mental valorada de 3 (regular) a 5 (excelente) [n (%)]	
3 (regular)	14 (14.7)
4 (buena)	46 (48.5)
5 (excelente)	35 (36.8)

5.2. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

En este segundo estudio se utilizaron, además de los instrumentos de medida descritos a continuación, el ***Personality Inventory for DSM-5 Brief Form (PID-5-BF)*** (APA, 2013) para evaluar los rasgos de personalidad, el ***World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. (WHODAS 2.0)*** (APA, 2013), para valorar la calidad de vida relacionada con la funcionalidad y el ***Cuestionario de Salud SF-36*** (Ware et al., 1993) para medir la calidad de vida relacionada con la salud y la ***Escala de Satisfacción Vital*** (Diener et al., 1985), para valorar la satisfacción. Las características de estas escalas ya fueron expuestas en el Estudio 1 por lo que no se mencionan en el siguiente apartado.

5.2.1. ESCALA BRIEF COPE (BCOPE) (CARVER, 1997) VERSIÓN DE LA ADAPTACIÓN ESPAÑOLA DE PÉREZ-GARCÍA (2008).

Este instrumento autoadministrado evalúa las estrategias de afrontamiento utilizadas ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Está basado en el *COPE* (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Esta versión original constaba de 60 ítems repartidos en 15 escalas con 4 ítems cada una. Los ítems dentro de una misma escala eran altamente redundantes, algo informado por las muestras utilizadas, que también recalcaron que su extensión era excesiva (Carver et al., 1993). Teniendo en cuenta estas apreciaciones, se desarrolló la versión abreviada seleccionando los ítems según su carga factorial en el factor adecuado utilizando los análisis factoriales originales de Carver et al. (1989), así como su claridad, relevancia y significado informado por los participantes (Scheier y Carver, 1993).

En el *Brief COPE* se eliminan 2 escalas de la versión completa porque no demostraron su utilidad, otras se reconceptualizaron ya que en trabajos anteriores resultaron problemáticas y se añade la subescala de *autoculpa*, al encontrar los autores evidencia de su importancia (Carver, 1997). Como resultado, este formato abreviado

cuenta con 14 escalas con dos ítems cada una. En base a estas decisiones sobre su versión original, entendemos que se trata de una medida de afrontamiento útil y de fácil aplicación que, además, a pesar de sus solo 2 ítems por escala, cuentan todas ellas con una fiabilidad (α de Cronbach) de al menos 0.50 y superando 0.60 todas, excepto tres (Carver, 1997).

Tabla 7. Subescalas que conforman el *BCOPE* y su definición

(Morán et al., 2009).

Subescala del <i>BCOPE</i>	Definición
Afrontamiento activo	Comenzar acciones de tipo directo para eliminar o reducir el estresor.
Planificación	Planificar cómo afrontar el estresor mediante estrategias de acción, sus pasos y hacia dónde dirigir los esfuerzos.
Apoyo instrumental	Recibir ayuda, consejo y/o información de personas que son competentes sobre cómo afrontar la situación.
Apoyo emocional	Conseguir simpatía, comprensión y empatía a través de un soporte emocional.
Autodistracción	Concentrarse en otros proyectos o actividades con el fin de centrarse en ellos y no en el estresor.
Desahogo	Tendencia a expresar o descargar los sentimientos de malestar producidos.
Abandono	Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor y para lograr las metas con las que éste interfiere.

Tabla 7. (continuación).

Reinterpretación positiva	Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
Negación	Negar o rechazar la realidad del suceso estresante que está aconteciendo.
Aceptación	Aceptar el hecho que está ocurriendo, aceptando todas las características de la situación.
Religión	La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
Uso de sustancias	Consumir alcohol u otras sustancias con el fin de aliviar el malestar generado por el estresor.
Humor	Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de las mismas.
Autoculpa	Criticarse y sentirse culpable y responsable por la situación que se está viviendo.

En nuestro estudio, en lugar de 2 ítems por cada subescala se utilizará un único ítem siguiendo la estrategia seguida por otros autores (Eisenberg et al., 2012; Lara et al., 2013). El propósito fue el de no alargar excesivamente la prueba y evitar cualquier tipo de redundancia en los ítems. Consideramos también que mantener el tiempo de participación lo más breve posible reduciría la pérdida muestral, en especial teniendo en cuenta las características del grupo clínico. Asimismo, hemos excluido de la prueba la escala de consumo de sustancias (por la probable confusión con el consumo de fármacos). Por lo tanto, la escala final utilizada en el estudio contó con un total de 13 ítems. Para esta adaptación en la configuración de la escala, nos hemos apoyado en la

sugerencia que hacía Carver (1997) cuando señala la flexibilidad con la que deben trabajar los investigadores con este instrumento, y que la aplicación y selección de los ítems dependerá siempre de los objetivos e intereses de cada investigación.

Con respecto a los ítems, estos se plantean en términos de acción. Las respuestas se basan en una escala ordinal con cuatro alternativas (de 0 a 3), que oscilan desde "nunca hago esta acción" hasta "siempre hago esta acción". Las respuestas son flexibles, al igual que el resto de la escala, ya que según su formulación e instrucciones puede entenderse como afrontamiento de estado (situacional) o afrontamiento de rasgo. Para la opción de rasgo, se deberá responder "acostumbro a hacer esto" de forma coherente y estable a través de situaciones difíciles o de estrés (Carver, 1997). En esta investigación hemos utilizado este último formato de respuesta, ya que concuerda con nuestro interés en características y patrones estables de personalidad.

En cuanto a su ámbito de aplicación, el *Brief COPE* ha sido aplicado en numerosos estudios en diversos países, fundamentalmente en el área de la salud y siendo validado para su uso en diversos tipos de pacientes. Mantiene su constructo teórico a pesar de su corta extensión, como en el caso de mujeres con cáncer de mama (Vargas-Manzanares et al., 2010), o en cuidadores de pacientes con cáncer viéndose enfrentados a un evento estresante (Baumstarck et al., 2017). También se ha utilizado en investigaciones con pacientes con patologías mentales como depresión mayor (Meyer, 2001), y para entender la relación del afrontamiento con los rasgos de personalidad (Souza et al., 2014).

Puede consultarse esta escala completa en el Anexo 9.

5.2.2. SUBESCALA DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO DEL *QUALITY OF LIFE* QUESTIONNAIRE (QLQ) (RUIZ Y BACA, 1993).

Para medir el apoyo social percibido utilizamos la subescala del cuestionario de calidad de vida referente a este constructo. Este es un cuestionario de 39 ítems que mide la calidad de vida relacionada con la salud en cuatro factores (1) el apoyo social, (2) la satisfacción general, (3) el bienestar físico y psicológico y (4) la ausencia de exceso de trabajo o tiempo libre.

Estos autores encontraron que en población española sana presenta una validez y fiabilidad adecuada, además de cierto grado de sensibilidad al cambio. Los índices de consistencia interna (α de Cronbach) de las 4 subescalas oscilan entre 0.82 y 0.91, y la consistencia interna del cuestionario total fue de 0.94 (Ruiz y Baca, 1993). En el estudio de Boixadós et al. (2009), también con población española, en este caso estudiantes universitarios de una universidad online, la escala de apoyo social reflejó una consistencia interna de 0.89.

También se ha usado en grupos de cuidadores (Rodríguez-Sánchez et al., 2011) o en personas con diversas condiciones de salud, como lesiones de medula espinal (Angulo et al., 2019), síntomas depresivos (González et al., 2006) o enfermedades cardiovasculares (Pérez-García et al., 2011).

En cuanto a su contenido, la escala de apoyo social está compuesta por 9 ítems, en el caso de participantes que no tienen pareja en el momento de responder al cuestionario, o de 13 ítems para aquellos participantes con pareja. En nuestro caso, hemos excluido los 4 ítems adicionales relacionados con el apoyo social percibido en aspectos de una relación sentimental, así como un ítem adicional referente a las relaciones sexuales. Decidimos eliminar estos ítems ya que nuestra muestra es variada en relación a su estado civil. Asimismo, las relaciones de pareja inestables y tormentosas son una señal de identidad en los pacientes con TLP, así como la

impulsividad y el descontrol en las relaciones sexuales. Consideramos más apropiado medir aquellas dimensiones del apoyo social percibido que no formen parte directa de la sintomatología de este trastorno. Por lo tanto, la escala a la que respondieron las participantes de este estudio contó con 8 ítems.

En relación a su formato, se trata de una escala autoadministrada estilo Likert de 5 puntos, los participantes deben valorar cada ítem de 1 (nada) a 5 (mucho). Estos preguntan cuestiones sobre la situación social actual a través de diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana como: “¿tiene amigos con los que contar en caso necesario?” o “¿tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?”.

Puede consultarse esta escala completa en el Anexo 10.

5.2.3 LIFE ORIENTATION TEST-REVISED (LOT-R) (SCHEIER ET AL., 1994). VERSIÓN ESPAÑOLA DE FERRANDO ET AL. (2002).

Se trata de la versión revisada de *The Life Orientation Test (LOT)* (Scheier y Carver, 1985), al igual que su predecesor se diseñó para evaluar las diferencias individuales en optimismo versus pesimismo, obteniendo una medida de optimismo disposicional. Esta escala recibió diversas críticas, se consideró que no se centraba tan explícitamente en las expectativas para el futuro como dictaba la teoría. Además, se afirmaba que los efectos atribuidos al optimismo eran indistinguibles del neuroticismo. Por este motivo surgió el *LOT-R*, en el cual se eliminaron los dos ítems que se relacionaron con la variable de personalidad de neuroticismo. Los ítems de esta nueva versión miden las expectativas positivas y negativas fuertemente ligadas al futuro y están redactados de tal manera que se evalúan a través de las situaciones y los dominios de vida (Schou et al., 2017). Por lo tanto, el *LOT-R* es una medida más objetiva y especializada que la prueba original. También está creada pensando en su brevedad y la simpleza en su uso, siendo muy adecuada para incluirla en estudios como el nuestro en el que ya se cuenta con una batería de pruebas amplia y no se desea saturar a los participantes.

Esta medida se ha utilizado en multitud de investigaciones sobre comportamiento, afectividad y salud (Creed et al., 2002; Steca et al., 2015), para conocer las repercusiones que puede tener el optimismo disposicional en estas variables. En resumen, se trata del instrumento más comúnmente utilizado para medir el optimismo, tanto en la investigación psicológica como en investigación médica (Schou et al., 2017).

Esta escala autoadministrada está compuesta por 10 ítems. Del total de ítems, 6 de ellos pretenden medir la dimensión de optimismo disposicional, ya que los otros 4 ítems se denominan como elementos de relleno y su propósito es que el contenido del test resulte menos obvio. De los 6 ítems de contenido, 3 están redactados en sentido positivo o en dirección optimismo, como “en tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor” y 3 en sentido negativo o en dirección pesimismo, como “casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas” (Ferrando et al., 2002). En nuestro caso, hemos excluido los ítems de relleno considerando importante mantener la brevedad de la prueba y ya que estos ítems no puntúan.

El sistema de respuesta es una escala Likert de 5 puntos de 1 a 5, siendo el 1 totalmente en desacuerdo y el 5 totalmente de acuerdo. Los participantes deben dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir (Carver et al., 1994).

En cuanto a la puntuación del *LOT-R*, esta no cuenta con puntos de corte que permitan considerar al sujeto como pesimista u optimista, sino que se entiende que la puntuación fluctúa dentro de una única dimensión. El optimismo y el pesimismo son, por lo tanto, polos opuestos del mismo continuo o un rasgo único con dos extremos (Ferrando et al., 2002).

En cuanto a sus propiedades psicométricas, sus autores encontraron una fiabilidad (α de Cronbach) del 0.78, siendo un valor óptimo para un instrumento corto y que mide un constructo del dominio de la personalidad (Scheier et al., 1994). También

encontraron que su estructura factorial se mantenía con independencia del género y las correlaciones *test-retest* indicaron que la escala es estable en el tiempo.

En relación a la fiabilidad de su versión española, Ferrando et al. (2002) hallaron que su comportamiento psicométrico es bastante aceptable, presentando propiedades muy similares a las de la escala en su versión original, corroborando lo hallado por Percze et al. (2000). Asimismo, encontraron que todos los ítems tienen poder discriminativo y que ambas subescalas (optimismo y pesimismo) miden en un rango bastante amplio de niveles del rasgo, y lo hacen con una precisión adecuada.

Gustems-Carnicer et al. (2017) confirmaron su validez en población española, en concreto en estudiantes universitarios. Los resultados indicaron de nuevo que las propiedades de la versión española del *LOT-R*, que presentó una fiabilidad del 0.72, eran muy similares a las del test original. La escala también presentó dos factores que eran parcialmente independientes. Estos resultados llevaron a los autores a concluir que la prueba puede ser utilizada como una herramienta fiable y válida para el análisis de este rasgo y para conocer sus efectos sobre la salud, así como en otros ámbitos, como el progreso académico.

Este instrumento también presenta buenas propiedades psicométricas en su uso con población clínica. En el estudio de Hernández y Ramírez (2009) en pacientes con fibromialgia el *LOT-R* reflejó un *alfa* de Cronbach de 0.81 y estadísticos de bondad de ajuste adecuados.

Puede consultarse esta escala completa en el Anexo 11.

5.3 PROCEDIMIENTO

Este segundo estudio mantiene una metodología coherente con el Estudio 1, ya que ambos son parte de la investigación más amplia sobre TLP y factores psicosociales involucrados en su calidad de vida que conforma esta tesis. Por lo tanto, se trata de

nuevo de una investigación de carácter transversal, en la que las participantes colaboraron en un único momento temporal a través de plataformas virtuales.

Se utilizaron las dos mismas plataformas online (ver Anexo 5 y 6) que en el estudio anterior, una para cada grupo, lo que permitía organizar de forma más eficiente las bases de datos y personalizar cada página según el enfoque deseado y la información que pretendíamos recoger de cada grupo. Se mantuvo este formato también teniendo en cuenta que la experiencia en el estudio anterior fue positiva y reflejó, como esperábamos, que se trata de un método que facilita el proceso de participación. Los sujetos pudieron colaborar en el estudio desde cualquier dispositivo electrónico, estando las plataformas optimizadas para ser posible la participación en ordenadores, tablets o teléfonos inteligentes. Esto fomentó en gran medida la colaboración por parte de la muestra, al considerarse como un proceso rápido, sencillo y accesible.

Para usar de nuevo estas plataformas en este segundo estudio, estas se actualizaron añadiendo nueva información sobre participación y objetivos. Asimismo, se incluyeron las nuevas escalas que conformarían la batería de pruebas ampliada y los datos sociodemográficos suplementarios que debían completar las participantes a la hora de inscribirse para poder participar en el estudio.

El protocolo para la participación fue el mismo que en el Estudio 1. Al acceder a sus respectivas páginas las participantes rellenaron un breve formulario de inscripción en el que se les planteaban las cuestiones de carácter sociodemográfico y se explicaban todos los términos del estudio. Para completar este registro las participantes accedían a ser incluidas en esta investigación y a que se usaran los datos proporcionados con el fin de lograr los objetivos del estudio, aceptando los términos y condiciones del mismo sobre consentimiento informado y protección de datos (ver Anexo 7). Una vez completada esta inscripción, se les daba acceso a las pruebas que cumplimentaron y enviaron a través de la página web donde posteriormente se almacenaron en la base de datos. En las páginas contaban con un email de contacto para resolver cualquier

problema técnico que encontraran en/con la plataforma y para plantear dudas sobre los cuestionarios, la investigación o el método de participación.

La muestra de afectadas por TLP se obtuvo con la ayuda de tres asociaciones especializadas en trastornos de la personalidad que invitaron a las usuarias del centro, así como a las usuarias de sus grupos online a participar en esta investigación. Por lo tanto, las asociaciones hicieron una difusión tanto de manera presencial y directa como por medio de la publicación en sus plataformas digitales. En ambos casos, exponían a las usuarias el origen del estudio, sus objetivos, el método de participación y la dirección web a la que debían acceder. La colaboración a través del medio digital por parte de las asociaciones permitió que pacientes de gran variedad de puntos de España participaran, lo que nos permite que la muestra de este grupo sea equivalente en ese sentido al grupo control.

De las asociaciones colaboradoras, dos de ellas ya habían participado en el primer estudio: *Trastornos de Personalidad Galicia (TP-Galicia)* y *La Asociación Valenciana de Trastornos de la Personalidad (ASVA-TP)*. Además, para esta investigación se contó también con la ayuda de la plataforma *Trastorno Límite de la Personalidad Sevilla (TLP-SEV)*. En este caso se trata de un grupo de apoyo a pacientes, en especial a los ubicados en Andalucía, que ofrece información y guía a afectados por el TLP, pero solo de forma online. A este grupo se unen gran cantidad de pacientes de toda España y en él colaboran todo tipo de profesionales de la salud mental, así como otras asociaciones especializadas en trastornos de personalidad, con el objetivo de ofrecer información útil y recursos de apoyo. Estas tres asociaciones completaron un certificado de colaboración que acredita su participación de la forma mencionada en esta investigación y que deja constancia del trabajo conjunto realizado.

Por otro lado, debido a la dificultad que conlleva el lograr una muestra de tipo clínico, en concreto de pacientes con TLP, dada su prevalencia y las características de la propia patología, y la dificultad para encontrar nuevas entidades colaboradoras, se

decidió contactar con las mujeres que participaron en el Estudio 1 para solicitar su colaboración en el Estudio 2. Para ello, se les contactó vía email y en caso de respuesta favorable, fueron remitidas a la plataforma donde podían repetir el proceso de registro y completar de nuevo todas las pruebas.

En cuanto al grupo de control, este se formó con mujeres que estudiaban en la UNED, en diferentes disciplinas y niveles académicos. Esta universidad cuenta con estudiantes de toda España y permite acceder a un rango amplio de edades, además de desempeñar muchas de ellas también una actividad laboral, facilitando que la muestra tenga características sociodemográficas similares al grupo clínico. Asimismo, la universidad cuenta con un gran soporte online que facilita el proceso de desarrollo de un estudio con metodología digital.

Para proceder a lograr la participación de las estudiantes se contactó con el departamento de doctorado de la universidad, el cual dio su aprobación para utilizar los foros correspondientes para exponer la investigación y para solicitar la colaboración necesaria, lo cual se llevó a cabo.

Por otro lado, ya que la actividad en los foros de doctorado no era suficiente y en muchas ocasiones las características de sus usuarios no correspondían con el perfil buscado por la investigación, se decidió utilizar también los grupos de estudio y apoyo de estudiantes de la UNED creados por los propios alumnos. Esta universidad cuenta con una gran comunidad de ayuda entre alumnos. Solicitamos en estos grupos la participación de los estudiantes en la investigación con buena respuesta. Esto nos permitió ampliar la muestra a todos los estudiantes de la UNED y no limitarnos únicamente a aquellos que cursaban los planes de doctorado.

Por último, cabe recalcar que en todos los casos se contó con una valoración favorable por parte de las asociaciones y de la universidad sobre el proyecto investigador, su metodología y la protección y el uso de los datos de las participantes,

permitiéndonos, por lo tanto, todas las entidades involucradas, desarrollar el estudio entre sus usuarias.

5.4. ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizó el programa *SPSS 24* para realizar los análisis estadísticos. Se realizó un análisis factorial exploratorio con el fin de agrupar las estrategias de afrontamiento en distintos factores. Las diferencias entre los grupos clínico y control se analizaron con la prueba de χ^2 para las variables sociodemográficas, y con la *t* de Student para las variables psicológicas. Se analizaron las correlaciones lineales entre las variables dependientes y las independientes mediante la correlación (*r*) de Pearson. La consistencia interna de las pruebas se obtuvo con el coeficiente α de Cronbach. El macro *PROCESS* versión 3.4 (Hayes, 2013) se utilizó para realizar los análisis de mediación en cada grupo de forma individual y recoger el efecto total, el efecto directo de la personalidad sobre las variables dependientes y el efecto indirecto a través de los potenciales mediadores.

6. RESULTADOS

6.1. ANÁLISIS FACTORIAL DEL *BCOPE*

El análisis factorial del *BCOPE* (estrategias de afrontamiento) se realizó para operativizar esta variable, combinando los componentes del inventario en factores de segundo orden, ya que la estructura original de 14 subescalas resulta demasiado compleja a la hora de realizar los análisis de interés relacionados con esta variable. Un menor número de factores es más manejable y práctico para realizar interpretaciones estadísticas y comprobar las hipótesis planteadas, inferir conclusiones y para, posteriormente, realizar una difusión científica clara.

Se llevó a cabo este análisis en cada grupo por separado dado que, al presentar un grupo patología y el otro tratarse de población sana, probablemente existan grandes diferencias en su forma de entender y usar el afrontamiento y de responder al cuestionario. Asimismo, el potencial papel de los estilos de afrontamiento como mediadores también se analizará en cada grupo por separado dadas sus diferencias, siendo preferible, por lo tanto, conocer qué factores se revelan en cada grupo de manera independiente.

Se tuvieron en cuenta un total de 9 ítems de la escala para realizar este análisis, ya que no se incluyó el “consumo de sustancias” por la posible confusión con el uso de fármacos. Tampoco se consideraron los ítems “autodistracción” y “desahogo”, ya que son elementos cuya adscripción a uno u otro de los factores de 2º orden no resultaba suficientemente clara, al cargar en diferentes factores. Asimismo, los ítems “humor” y “religión” se consideran de forma independiente, al presentar características que no son comunes al resto de ítems que consideramos.

Para conocer la estructura factorial del *BCOPE* en cada grupo realizamos un análisis factorial exploratorio usando el método de extracción de máxima verosimilitud con rotación *Varimax*, que respeta la independencia de los factores. Se mantuvieron los factores que tenían un autovalor igual o superior a 1. La medida Kaiser-Meyer-Olkin (*KMO*) de adecuación de la muestra y el test de Bartlett se computaron previamente para determinar si el conjunto de datos era apropiado para realizar este tipo de análisis.

La prueba de esfericidad de Bartlett a partir de la matriz de correlaciones resultó significativa en ambos grupos (clínico: $\chi^2 = 225.47$, *g.l.* = 36; $p < 0.001$; control: $\chi^2 = 325.17$, *g.l.* = 36; $p < 0.001$), así como el índice de Kaiser Meyer Olkin (*KMO*) de adecuación muestral, con valores de 0.72 en el grupo clínico y 0.74 en el grupo control, por lo que la adecuación de la muestra en ambos grupos supera el $KMO = 0.70$, pudiendo considerarse como buena según Kaiser (1974).

En la Tabla 8 se reflejan los factores obtenidos en el grupo clínico y en la Tabla 9 los obtenidos en el grupo control. Las tres agrupaciones encontradas fueron las mismas para cada grupo y las hemos definido siguiendo la clasificación del afrontamiento recogida en estudios previos (Arrogante, Pérez-García y Aparicio-Zaldívar, 2015; Vallejo y Pérez-García, 2015, 2016, 2017). Esta agrupación es la siguiente: *afrontamiento de compromiso* que incluye 4 ítems correspondientes a las escalas de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación; *afrontamiento de apoyo social* que incluye 2 ítems de las escalas de utilización de apoyo emocional y de apoyo instrumental; y *afrontamiento de falta de compromiso* con 3 ítems, negación, abandono y autculpa. La varianza total de los 3 factores descritos fue de 65.34% en el grupo clínico y de 71.74% en el grupo control.

Tabla 8. Análisis factorial del *BCOPE* en el grupo clínico ($N = 97$).

Escala	Factor 1:	Factor 2:	Factor 3:
	Afrontamiento de compromiso	Afrontamiento de apoyo social	Afrontamiento de falta de compromiso
Afrontamiento activo	0.64	0.45	-0.12
Planificación	0.84	-0.07	-0.09
Reevaluación positiva	0.86	0.08	0.02
Aceptación	0.62	-0.27	-0.35
Apoyo emocional	0.04	0.82	0.03
Apoyo instrumental	-0.07	0.86	0.14
Negación	0.13	0.35	0.68
Abandono	-0.43	-0.29	0.56
Autoculpa	-0.18	0.02	0.75
N.º ítems	4	2	3
Varianza explicada	27.40%	21.29%	16.66%

Tabla 9. Análisis factorial del *BCOPE* en el grupo control ($N = 95$).

Escala	Factor 1: Afrontamiento de compromiso	Factor 2: Afrontamiento de apoyo social	Factor 3: Afrontamiento de falta de compromiso
Afrontamiento activo	0.79	0.26	-0.14
Planificación	0.79	0.23	0.24
Reevaluación positiva	0.86	0.01	0.10
Aceptación	0.78	0.21	-0.01
Apoyo emocional	0.30	0.84	0.18
Apoyo instrumental	0.17	0.90	0.08
Negación	0.10	0.35	0.58
Abandono	0.05	0.16	0.82
Autoculpa	-0.01	-0.09	0.87
N.º ítems	4	2	3
Varianza explicada	30.42%	20.27%	21.05%

6.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVOS Y DE COMPARACIÓN DE GRUPOS

En relación a los datos sociodemográficos de las participantes en el estudio, reflejados en las Tablas 5 y 6 del apartado 5.1 (participantes), los análisis comparativos indican que no hubo diferencias en edad entre los dos grupos ($p = 0.43$), aunque sí había más mujeres sin pareja ($\chi^2 = 18.91$, $p < 0.001$, V de Cramer = 0.31) y desempleadas ($\chi^2 = 26.07$, $p < 0.001$, V de Cramer = 0.37) en el grupo clínico.

La Tabla 10 presenta los datos descriptivos de las variables estudiadas (medias y desviación típica), el rango de puntuación posible de cada instrumento y los coeficientes de fiabilidad de los instrumentos utilizados. Los datos de fiabilidad que se presentan a continuación son con la muestra total. Se superó en todos los casos el nivel de fiabilidad aceptable ($\alpha = 0.70$) (Cronbach, 1951). El *PID-5* y sus subescalas mostraron una consistencia interna que oscila entre los valores de 0.77 y 0.95. La medida de calidad de vida relacionada con la falta de funcionalidad (*WHODAS 2.0*) reflejó una fiabilidad de 0.97 para su escala total, mientras que las dimensiones del *SF-36* tuvieron *alfas* de entre 0.84 y 0.94. En cuanto a las variables que analizaremos como potenciales mediadores, la escala de satisfacción vital reflejó una consistencia interna de 0.94, el *LOT-R* de 0.89 y la subescala de apoyo social (*QLQ*) de 0.93. Los 3 factores de afrontamiento tuvieron *alfas* de entre 0.74 y 0.90.

En la Tabla 10 también se refleja la prueba *t* de Student utilizada para analizar las diferencias entre los grupos clínico y control. Se reflejó el valor teniendo en cuenta que la prueba de Levene para la igualdad de las varianzas resultará o no significativa. En todos los casos, excepto en la subescala de religión del *BCOPE*, las diferencias entre grupos fueron significativas ($p < 0.001$), con tamaños del efecto (d) superiores a 0.80 y, por lo tanto, considerados como grandes según la clasificación de Cohen (1988).

El grupo clínico mostró, en comparación con el control, puntuaciones más bajas en los dominios de calidad de vida relacionada con la salud medidos con el *SF-36*, en la satisfacción, el apoyo social percibido, el optimismo disposicional, y en los estilos de

afrontamiento de compromiso, de apoyo social y en el ítem humor. En cambio, mostró mayores puntuaciones, en comparación con el grupo de control, en personalidad patológica total (*PID-5*) y disfuncionalidad total (*WHODAS 2.0*) y en todas las subescalas de ambos inventarios, así como en afrontamiento de falta de compromiso.

Tabla 10. Descriptivos (Media y Desviación típica) de los grupos clínico ($N = 97$) y control ($N = 95$), rango posible de las puntuaciones, prueba de contraste entre grupos (t de Student) y tamaño del efecto (d de Cohen) y coeficiente de fiabilidad de las pruebas (α de Cronbach) en la muestra total ($N = 192$).

	Grupo clínico <i>M (DT)</i>	Grupo control <i>M (DT)</i>	Rango	<i>t</i>	<i>d</i>	α
<i>PID-5</i> Afectividad negativa	2.44(.46)	1.24(.65)	0-3	14.67***	2.13	0.84
<i>PID-5</i> Desapego	1.70(.64)	0.60(.53)	0-3	12.76***	1.87	0.79
<i>PID-5</i> Antagonismo	1.54(.61)	0.48(.43)	0-3	13.87***	2.01	0.77
<i>PID-5</i> Desinhibición	2.30(.48)	0.69(.56)	0-3	21.15***	3.08	0.89
<i>PID-5</i> Psicoticismo	1.92(.68)	0.72(.65)	0-3	12.53***	1.80	0.86
<i>PID-5</i> TOTAL	1.98(.39)	0.75(.40)	0-3	21.50***	3.11	0.95
<i>WHODAS</i> comunicación	49.0(18.31)	10.13(12.42)	0-100	17.18***	2.48	0.91
<i>WHODAS</i> movilidad	34.58(23.93)	4.90(10.21)	0-100	11.17***	1.61	0.89
<i>WHODAS</i> cuidado	36.14(21.21)	4.14(7.33)	0-100	13.96***	2.02	0.78
<i>WHODAS</i> relaciones	50.26(23.34)	15.53(20.39)	0-100	10.95***	1.58	0.87
<i>WHODAS</i> actividades	59.24(28.34)	11.78(17.84)	0-100	13.87***	2.00	0.96
<i>WHODAS</i> participación	61.62(17.18)	13.19(13.90)	0-100	21.43***	3.10	0.92
<i>WHODAS</i> DISCAPACIDAD TOTAL	48.47(16.09)	9.94(13.89)	0-100	19.20***	2.58	0.97
<i>SF</i> Funcionamiento físico	78.85(22.52)	95.95(8.94)	0-100	-6.91***	1.00	0.91
<i>SF</i> Funcionamiento rol físico	48.95(44.80)	88.42(25.48)	0-100	-7.47***	1.08	0.91
<i>SF</i> Funcionamiento rol emocional	6.94(23.15)	73.05(40.69)	0-100	-13.73***	2.00	0.94
<i>SF</i> Vitalidad	27.66(16.73)	58.37(18.70)	0-100	-11.96***	1.73	0.88
<i>SF</i> Salud mental	32.29(16.01)	68.25(18.70)	0-100	-14.28***	2.07	0.93
<i>SF</i> Funcionamiento rol social	32.81(24.89)	85.60(18.49)	0-100	-15.31***	2.41	0.86
<i>SF</i> Dolor (ausencia)	54.19(27.40)	80.56(16.03)	0-100	-8.12***	1.14	0.84
<i>SF</i> Salud general	38.07(22.22)	71.53(18.64)	0-100	-11.27***	1.63	0.90

Tabla 10 (continuación).

	Grupo clínico <i>M (DT)</i>	Grupo control <i>M (DT)</i>	Rango	<i>t</i>	<i>d</i>	α
<i>BCOPE</i> afrontamiento compromiso	1.30(.78)	2.78(.69)	0-3	-13.92***	2.01	0.90
<i>BCOPE</i> falta de compromiso	1.82(.66)	1.12(.77)	0-3	6.69***	0.98	0.74
<i>BCOPE</i> afrontamiento apoyo social	1.47(.99)	2.37(.91)	0-3	-6.53***	0.95	0.80
<i>BCOPE</i> humor	0.81(.93)	1.70(1.13)	0-3	-5.94***	0.86	-
<i>BCOPE</i> religión	1.00(1.22)	1.27(1.31)	0-3	-1.46	-	-
<i>LOT-R</i>	2.24(.84)	3.92(.74)	1-5	-14.81***	2.12	0.89
<i>QLQ</i> subescala apoyo social	2.39(.74)	4.14(.66)	1-5	-17.43***	2.50	0.93
Satisfacción	2.29(1.15)	4.74(1.38)	1-7	-13.41***	1.93	0.94

Nota. *PID-5* = *Personality Inventory for DSM-5*; *WHODAS* = *WHO Disability Assessment Schedule*; *SF* = *Short Form Health Survey*; *BCOPE* = *Brief Cope*; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*: *Quality of life Questionnaire*; M = Media; DT = Desviación típica; *** = $p < 0.001$.

En la Tabla 11 se muestran los coeficientes de correlación de Pearson (r) entre la medida de calidad de vida relacionada con la discapacidad y el resto de las variables, siendo todas significativas ($p < 0.01$) excepto en el caso de la religión. Hemos realizado la denominación de la intensidad de las relaciones como débiles, moderadas o fuertes usando como orientación la clasificación de Evans (1996), donde un valor menor de 0.20 se considera una correlación muy débil; de 0.20 a 0.39, débil; de 0.40 a 0.59, moderada; de 0.60 a 0.79, fuerte; y de 0.80 o más se considera una correlación muy fuerte.

El *WHODAS 2.0* presenta correlaciones significativas con el resto de variables estudiadas ($p < 0.01$), a excepción de la religión. La relación fue positiva, de entre 0.56 y 0.88, con el índice de personalidad patológica, lo que nos indica una relación lineal

entre ambas de intensidad moderada a alta. En cuanto a los potenciales mediadores, su asociación con la discapacidad fue positiva y moderada en el caso del afrontamiento de falta de compromiso presentando valores de entre 0.39 y 0.56, mientras que el resto de relaciones fueron negativas. Los coeficientes de correlación con la satisfacción vital, el afrontamiento de compromiso, el apoyo social percibido y el optimismo disposicional oscilaron entre -0.51 y -0.80 pudiendo considerar, por lo tanto, que existía entre estas variables relaciones que oscilan entre intensidad moderada y fuerte, mientras que las correlaciones con el afrontamiento de apoyo y el humor fueron débiles a moderadas, entre -0.27 y -0.43.

En la Tabla 12 se muestran las correlaciones entre las dimensiones del *SF-36* y el resto de variables; en este caso, todas vuelven a resultar significativas ($p < 0.01$) a excepción de la religión. La relación lineal del *SF-36* con las subescalas del índice de personalidad patológica, así como con su puntuación total, es negativa y oscila entre intensidad moderada y fuerte, con valores entre -0.36 y -0.81. Asimismo, la calidad de vida relacionada con la salud también correlaciona de forma negativa, en este caso con intensidad de débil a moderada, con el afrontamiento de falta de compromiso, con coeficientes entre -0.32 y -0.64. La relación con el resto de variables es positiva. Las correlaciones con esta dimensión de la calidad de vida presentaron una fuerza entre moderada y fuerte en el caso de la satisfacción, el optimismo disposicional, el afrontamiento de compromiso y el apoyo social percibido con coeficientes entre 0.35 y 0.78. El afrontamiento de apoyo social tuvo relaciones débiles con las subescalas del *SF-36*, que reflejaron coeficientes de entre 0.20 y 0.38. Su asociación con el humor mostró valores de entre 0.19 y 0.48 siendo ésta, por lo tanto, entre débil y moderada.

Podemos extraer de las correlaciones descritas y reflejadas en ambas tablas que los resultados muestran que, a mayor puntuación en personalidad patológica, mayor puntuación en discapacidad (*WHODAS 2.0*) y menor puntuación en la medida de calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*). En cuanto al resto de variables, las

puntuaciones altas en discapacidad se relacionan con mayor puntuación en afrontamiento de falta de compromiso, y con menores puntuaciones en satisfacción, optimismo disposicional, apoyo social percibido y afrontamiento de apoyo social, de compromiso y el humor. En cambio, el patrón opuesto ocurre con las medidas del *SF-36*.

Tabla 11. Correlaciones del *WHODAS 2.0* con la personalidad, la satisfacción, el *LOT-R*, el apoyo social (*QLQ*) y los factores del *BCOPE* en la muestra total ($N = 192$).

		Personalidad						Satisfacción
		Afectividad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo	Total	
<i>WHODAS 2.0</i>	Comunicación	0.79**	0.73**	0.61**	0.78**	0.75**	0.85**	-0.64**
	Movilidad	0.66**	0.60**	0.56**	0.62**	0.62**	0.71**	-0.51**
	Cuidado	0.66**	0.59**	0.57**	0.69**	0.60**	0.72**	-0.57**
	Relaciones	0.72**	0.72**	0.60**	0.68**	0.68**	0.79**	-0.62**
	Actividades	0.68**	0.63**	0.65**	0.71**	0.61**	0.76**	-0.60**
	Participación	0.73**	0.69**	0.67**	0.83**	0.68**	0.84**	-0.72**
	Total	0.80**	0.75**	0.70**	0.82**	0.74**	0.88**	-0.70**

Tabla 11. (continuación)

		<i>BCOPE</i>						
		<i>LOT-R</i>	Apoyo <i>QLQ</i>	Compromiso	Falta compromiso	Apoyo social	Humor	Religión
<i>WHODAS 2.0</i>	Comunicación	-0.74**	-0.72**	-0.66**	0.56**	-0.27**	-0.33**	-0.05
	Movilidad	-0.61**	-0.65**	-0.57**	0.41**	-0.27**	-0.33**	-0.07
	Cuidado	-0.65**	-0.68**	-0.57**	0.39**	-0.28**	-0.32**	-0.03
	Relaciones	-0.68**	-0.68**	-0.59**	0.48**	-0.33**	-0.40**	-0.07
	Actividades	-0.63**	-0.69**	-0.61**	0.48**	-0.39**	-0.31**	-0.09
	Participación	-0.75**	-0.79**	-0.64**	0.51**	-0.37**	-0.43**	-0.05
	Total	-0.76**	-0.80**	-0.69**	0.54**	-0.37**	-0.40**	-0.07

Nota. *BCOPE* = Brief Coping; *LOT-R* = Life Orientation Test Revised; *QLQ*: Quality of life Questionnaire; ** = $p < 0.01$

Tabla 12. Correlaciones del *SF-36* con la personalidad, la satisfacción, el *LOT-R*, el apoyo social (*QLQ*) y los factores del *BCOPE* en la muestra total ($N = 192$).

		Personalidad						Satisfacción
		Afectividad negativa	Desapego	Antagonismo	Desinhibición	Psicoticismo	Total	
<i>SF-36</i>	Func. físico	-0.47**	-0.43**	-0.41**	-0.45**	-0.45**	-0.51**	0.35**
	Rol físico	-0.37**	-0.38**	-0.36**	-0.42**	-0.39**	-0.45**	0.35**
	Rol emocional	-0.63**	-0.55**	-0.58**	-0.65**	-0.57**	-0.69**	0.68**
	Vitalidad/Energía	-0.68**	-0.65**	-0.61**	-0.65**	-0.63**	-0.74**	0.67**
	Salud mental	-0.77**	-0.69**	-0.58**	-0.74**	-0.69**	-0.81**	0.76**
	Func. social	-0.71**	-0.67**	-0.63**	-0.71**	-0.70**	-0.79**	0.70**
	Dolor (ausencia)	-0.52**	-0.45**	-0.42**	-0.48**	-0.58**	-0.57**	0.37**
	Salud general	-0.62**	-0.57**	-0.55**	-0.63**	-0.61**	-0.69**	0.60**

Tabla 12. (continuación)

		<i>BCOPE</i>						
		<i>LOT-R</i>	Apoyo <i>QLQ</i>	Compromiso	Falta compromiso	Apoyo social	Humor	Religión
<i>SF-36</i>	Func. físico	0.51**	0.50**	0.49**	-0.32**	0.20**	0.30**	0.08
	Rol físico	0.40**	0.48**	0.36**	-0.34**	0.28**	0.21**	-0.02
	Rol emocional	0.67**	0.69**	0.61**	-0.48**	0.35**	0.38**	0.06
	Vitalidad/Energía	0.74**	0.67**	0.62**	-0.46**	0.38**	0.48**	0.13
	Salud mental	0.78**	0.73**	0.63**	-0.56**	0.35**	0.45**	0.00
	Func. social	0.72**	0.74**	0.63**	-0.64**	0.31**	0.29**	-0.01
	Dolor (ausencia)	0.52**	0.51**	0.50**	-0.47**	0.28**	0.19**	0.02
	Salud general	0.64**	0.65**	0.54**	-0.50**	0.30**	0.37**	0.09

Nota. *BCOPE* = *Brief Coping*; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*; *Quality of life Questionnaire*; Func físico= funcionamiento físico; Func. Social= funcionamiento social; **= $p < 0.01$

6.3. ANÁLISIS DE MEDIACIÓN

Antes de proceder a realizar los análisis de mediación se llevaron a cabo diagnósticos de colinealidad para descubrir si existía un problema de multicolinealidad entre las variables predictoras: la personalidad y los potenciales mediadores. Mientras que cierto nivel de colinealidad entre la variable predictora y las variables que se van a analizar como posibles mediadoras es deseable, si esta llega a ser elevada puede aumentar el riesgo de descubrimientos espurios (James et al., 2013). Los diagnósticos de colinealidad reflejaron que el factor de inflación de la varianza (*VIF*) no fue superior a 2 y los valores de tolerancia fueron superiores a 0.2 en todos los casos. Estos resultados, al presentar *VIF* inferiores a 5 y tolerancias superiores a 0.1, nos permiten concluir que no existió multicolinealidad entre las variables (Daoud, 2017), lo que nos permitió continuar con el análisis de los efectos indirectos.

El macro *PROCESS* versión 3.4 (Hayes, 2013) para *SPSS* se utilizó para realizar los análisis de mediación y recoger el efecto total, el efecto directo de la personalidad sobre las variables dependientes y los efectos indirectos específicos de la personalidad a través de los potenciales mediadores. Este macro analiza el efecto indirecto mediante *bootstrapping*, una técnica de remuestreo de datos, utilizando en nuestro caso 5000 muestras e intervalos de confianza del 95%. Se consideró que había un efecto mediador significativo cuando el intervalo de confianza del efecto indirecto no atravesó el cero. Decidimos utilizar este procedimiento, en lugar del modelo tradicional utilizado en el Estudio 1, ya que en esta investigación consideramos más de un mediador y esta interfaz simplifica y agiliza el proceso de probar y analizar diferentes tipos de modelos que tienen en cuenta diversos potenciales mediadores (mediación múltiple paralela o múltiple secuencial). Asimismo, proporciona un método de prueba única para probar los efectos indirectos que es más poderoso que los pasos causales. El hecho de no cumplir con la significación en cualquiera de los pasos del modelo tradicional lleva al rechazo de la presencia de efectos indirectos, no obstante, es posible que siga existiendo una

mediación significativa. *PROCESS* no descarta los efectos indirectos significativos a pesar de que el efecto directo o el efecto total no sea significativo (Hayes, 2013).

En cuanto a la forma de considerar los potenciales mediadores, decidimos analizarlos de forma múltiple y paralela, dentro de un único modelo, representado en la Figura 4. En el modelo propuesto, se tendrán en cuenta como variable predictora los rasgos de personalidad (*X*), como variable criterio las dimensiones de calidad de vida (*Y*) así como las siguientes variables mediadoras y sus efectos indirectos específicos: la satisfacción vital, el optimismo disposicional (*LOT-R*), el apoyo social percibido (subescala *QLQ*) y los factores del *BCOPE*: afrontamiento de compromiso, afrontamiento de falta de compromiso y afrontamiento de apoyo social. No incluiremos los ítems del *BCOPE* humor y religión, a pesar de haberlos tenido en cuenta en el resto de análisis, ya que, para no complicar de forma excesiva el modelo, decidimos centrarnos en los factores que aunaban más de un elemento dentro de un estilo de afrontamiento y no añadir ítems considerados de forma independiente.

Un análisis múltiple paralelo nos permite realizar una única prueba simultánea de los posibles mediadores involucrados sin ignorar la asociación o correlación entre ellos, es decir, se tiene en cuenta cada mediador de forma independiente, pero controlando al mismo tiempo al resto de mediadores del modelo. A pesar de que el modelo de la Figura 4 no se cumpla de forma completa, y solo algunos de los mediadores resulten significativos, es más apropiado seguir el enfoque planteado, ya que contamos con base teórica y empírica para asumir la correlación entre las variables. No obstante, no tenemos fundamento teórico para considerar la existencia de relaciones de causalidad entre los mediadores, lo cual pudimos corroborar al realizar diversos análisis con el modelo nº.6 de *PROCESS*, reservado para mediación múltiple en secuencia. Todos estos motivos nos llevaron a realizar un análisis de mediación múltiple paralela utilizando el modelo nº.4.

Figura 4. Diagrama conceptual del modelo de mediación múltiple paralela analizado en el Estudio 2.

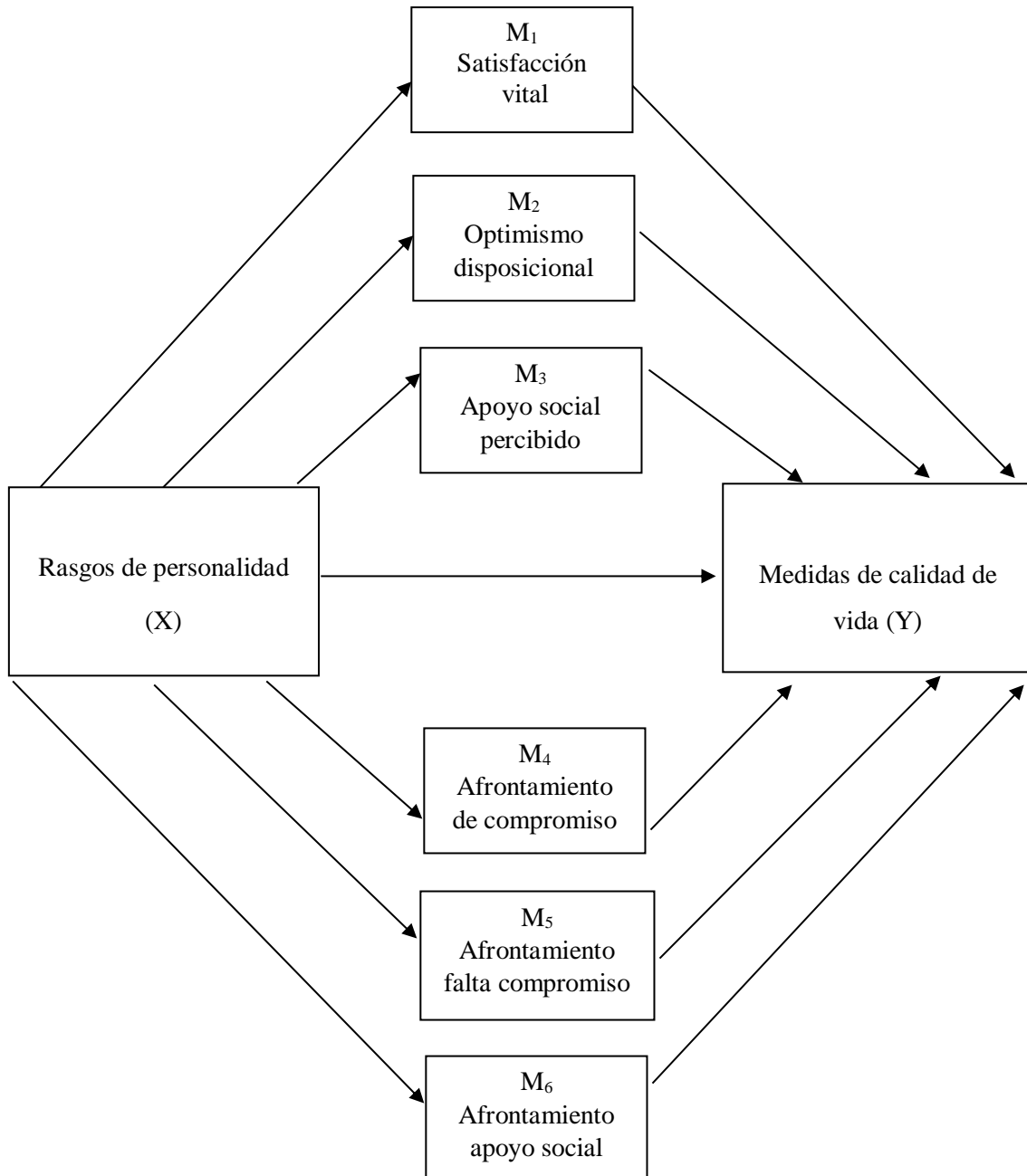


Tabla 13. Efecto total, efecto directo y efectos indirectos específicos de la personalidad en las medidas de calidad de vida a través de los diferentes mediadores en el grupo clínico ($N = 97$).

Criterio	β Efecto total	β Efecto directo	β Efectos indirectos específicos Bootstrap (95% CI)					
			Satisfacción Vital (M_1)	<i>LOT-R</i> (M_2)	Apoyo social (<i>QLQ</i>) (M_3)	Compromiso (<i>BCOPE</i>) (M_4)	Falta de Compromiso (<i>BCOPE</i>) (M_5)	Apoyo Social (<i>BCOPE</i>) (M_6)
Whodas total	24.35***	18.93***	0.17 [-1.22, 1.77]	1.66 [-1.17, 5.76]	2.58 [0.04, 6.50]	0.20 [-2.56, 2.43]	0.44 [-1.06, 2.51]	0.37 [-.77, 1.92]
Func. físico	-21.15***	-11.00	0.72 [-1.17, 3.26]	-3.58 [-10.73, 2.36]	-3.75 [-8.87, -.18]	-2.33 [-6.73, 1.60]	-0.25 [-3.05, 2.36]	-0.96 [-4.87, .93]
Rol físico	-5.48	1.94	-0.20 [-5.14, 3.91]	-4.79 [-19.31, 9.23]	-3.19 [-12.75, 4.49]	6.76 [-1.92, 19.76]	-6.83 [-16.06, -.01]	0.83 [-3.93, 6.57]
Rol emocional	4.14	13.71*	-1.72 [-6.42, 1.00]	-3.97 [-10.47, 2.86]	-0.93 [-6.57, 4.44]	-2.71 [-7.71, .96]	-0.56 [-4.14, 2.64]	0.31 [-1.76, 2.50]
Vitalidad	-17.18***	-11.50*	0.07 [-1.59, 1.63]	-7.81 [-12.95, -3.73]	0.04 [-3.04, 2.80]	0.75 [-1.88, 3.73]	-0.06 [-2.89, 1.92]	1.33 [-.99, 4.46]
Salud mental	-13.26**	-4.46	-1.31 [-3.58, .28]	-6.72 [-11.05, -3.01]	-1.22 [-3.88, 1.26]	1.21 [-1.23, 4.38]	-1.35 [-3.74, .32]	0.59 [-.69, 2.64]
Func. social	-23.90***	-15.59*	-1.00 [-4.39, 1.33]	-3.47 [-9.81, 2.70]	-1.57 [-6.87, 2.75]	-1.20 [-5.96, 2.92]	-2.52 [-7.14, .51]	1.44 [-1.06, 5.45]
Dolor	-24.46***	-18.22*	1.05 [-.98, 4.04]	-1.89 [-10.06, 4.84]	-0.58 [-5.61, 3.87]	0.43 [-3.92, 6.74]	-6.55 [-13.43, -.89]	1.30 [-1.42, 4.36]
Salud general	-20.62***	-16.98**	-1.17 [-4.81, .52]	-1.96 [-7.75, 4.51]	-1.81 [-6.77, 2.59]	3.96 [1.17, 9.78]	-3.22 [-8.28, -.11]	0.55 [-1.19, 3.08]

Nota. M= mediador; *BCOPE* = *Brief Cope*; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*; *Quality of life Questionnaire*; Func físico= funcionamiento físico; Func. Social= funcionamiento social; β = beta no estandarizada; * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

En la Tabla 13 se recogen el efecto total, el efecto directo de la personalidad sobre las dimensiones de calidad de vida y los efectos indirectos específicos de la personalidad a través de cada uno de los potenciales mediadores en el grupo clínico. Se han resaltado aquellos efectos directos e indirectos que resultaron significativos.

En el caso de la *discapacidad total (WHODAS 2.0)*, su relación con la personalidad fue mediada de forma significativa y positiva únicamente por el apoyo social con una beta de 2.58, no siendo significativo el papel del resto de mediadores.

En cuanto a las medidas de calidad de vida relacionada con la salud (*SF-36*), la relación entre personalidad y la dimensión de *funcionamiento físico* también tuvo, únicamente, al apoyo social como mediador significativo, con un valor de -3.75. El afrontamiento de falta de compromiso presentó un efecto indirecto de la personalidad sobre el *rol físico* de -6.83. Las subescalas de *vitalidad/energía* y *salud mental* tuvieron ambas una relación con la personalidad mediadas, únicamente, por el optimismo disposicional (*LOT-R*), sin papeles significativos por parte del resto de mediadores. Los valores del efecto indirecto fueron de -7.81 y -6.72 respectivamente. El afrontamiento de falta de compromiso tuvo un rol significativo como mediador en el caso de la dimensión de *dolor*, el efecto indirecto fue de -6.55. Por último, la relación de la *salud general* con la personalidad presentó efectos indirectos significativos por medio del afrontamiento de compromiso y de falta de compromiso, estos fueron de 3.96 y -3.22. El contraste entre los efectos indirectos reflejó que la diferencia entre la potencia de ambos efectos resultó significativa (7.18 [1.19, 15.74]), teniendo el efecto indirecto del afrontamiento de compromiso mayor fuerza que el del afrontamiento de falta de compromiso.

Todas las mediaciones significativas entre el *SF-36* y la personalidad fueron negativas, salvo el afrontamiento de compromiso, que medió en sentido positivo la dimensión de salud general.

En cuanto a los efectos directos, la personalidad presentó un efecto directo significativo sobre la *discapacidad total* ($p < 0.001$), así como sobre las subdimensiones

del SF-36 de: *energía/vitalidad* ($p < 0.05$), *funcionamiento social* ($p < 0.05$), *dolor* ($p < 0.05$), *salud general* ($p < 0.01$) y el *rol emocional* ($p < 0.05$).

Tabla 14. Efecto total, efecto directo y efectos indirectos específicos de la personalidad en las medidas de calidad de vida a través de los diferentes mediadores en el grupo control ($N = 95$).

Criterio	β Efecto total	β Efecto directo	β Efectos indirectos específicos Bootstrap (95% CI)					
			Satisfacción Vital (M_1)	<i>LOT-R</i> (M_2)	Apoyo social (<i>QLQ</i>) (M_3)	Compromiso (<i>BCOPE</i>) (M_4)	Falta de compromiso (<i>BCOPE</i>) (M_5)	Apoyo Social (<i>BCOPE</i>) (M_6)
Whodas total	20.24***	12.07***	-1.89 [-5.78, 2.29]	1.79 [-0.62, 5.38]	3.29 [.85, 6.65]	0.78 [-.34, 2.37]	4.11 [1.58, 7.46]	0.09 [-.50, 0.92]
Func. físico	-3.45	1.87	2.68 [-.03, 6.56]	-1.60 [-3.95, .40]	-3.04 [-8.22, -.12]	-0.64 [-2.38, .29]	-2.44 [-5.56, .79]	-0.28 [-1.42, 1.08]
Rol físico	-11.54	-5.86	14.04 [4.48, 27.72]	-0.13 [-6.15, 6.23]	-10.78 [-23.56, -2.03]	-1.83 [-6.84, 1.98]	-6.79 [-16.36, 2.85]	-0.18 [-2.48, 1.65]
Rol emocional	-44.51	-9.52	-5.68 [-21.99, 8.19]	-4.94 [-17.62, 6.80]	-9.87 [-26.18, 4.56]	-3.81 [-12.07, 1.92]	-11.00 [-27.39, 1.45]	0.31 [-2.80, 4.16]
Vitalidad	-24.45***	-7.79	-5.75 [-13.04, .19]	-5.52 [-10.58, -.51]	0.03 [-6.95, 5.81]	-2.75 [-5.80, -.19]	-2.61 [-7.86, 2.67]	-0.04 [-1.57, 1.33]
Salud mental	-33.13***	-18.28***	-4.88 [-12.21, .69]	-5.14 [-9.97, -.66]	0.33 [-3.62, 5.19]	-1.67 [-4.36, .63]	-3.63 [-9.00, .80]	0.13 [-1.19, 1.38]
Func. social	-28.36***	-11.24	0.20 [-6.99, 9.14]	-6.58 [-13.92, 2.39]	-4.50 [-17.37, 4.36]	-0.08 [-4.64, 3.20]	-6.52 [-13.91, .62]	0.38 [-1.34, 3.03]
Dolor	-9.48*	-3.33	8.84 [2.36, 16.17]	-5.91 [-13.14, -.67]	-3.21 [-10.23, 2.41]	-0.89 [-3.72, .96]	-4.83 [-9.80, 1.82]	-0.14 [-1.63, 1.60]
Salud general	-18.62***	-0.36	3.85 [-1.70, 10.17]	-6.43 [-12.86, -1.7]	-4.43 [-11.63, .46]	-4.49 [-10.17, -.34]	-7.29 [-13.09, -1.66]	0.55 [-1.50, 3.60]

Nota. M= mediador; *BCOPE* = *Brief Cope*; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*; *Quality of life Questionnaire*; Func físico= funcionamiento físico; Func. Social= funcionamiento social; β = beta no estandarizada; * $p < 0.05$; *** $p < 0.001$.

En la Tabla 14 se recogen el efecto total, el efecto directo de la personalidad sobre las dimensiones de calidad de vida y los efectos indirectos específicos de cada uno de los potenciales mediadores entre la personalidad y la calidad de vida en el grupo control. Se han resaltado aquellos efectos directos e indirectos que resultaron significativos.

El apoyo social percibido y el afrontamiento de falta de compromiso resultaron ser significativos en la relación entre personalidad y *discapacidad total (WHODAS 2.0)*. Los valores de los efectos indirectos específicos fueron 3.29 y 4.11 respectivamente. No existieron diferencias significativas en el papel de ambos efectos indirectos (-0.83 [-4.88, 3.50]) y ambas mediaciones fueron en dirección positiva.

En el caso de la calidad de vida relacionada con la salud, diversas dimensiones del *SF-36* presentaron una relación mediada con la personalidad. El apoyo social percibido reflejó un efecto indirecto significativo de -3.04 en el caso del *funcionamiento físico*. La relación con el rol físico presentó dos efectos indirectos significativos. La satisfacción vital y el apoyo social percibido arrojaron valores de 14.04 y -10.78 respectivamente, y existieron diferencias significativas en el papel de ambos mediadores (-0.97 [-1.69, -0.38]) teniendo mayor fuerza el rol de la satisfacción. La dimensión de *vitalidad/energía* fue mediada por el optimismo disposicional (*LOT-R*) y el afrontamiento de compromiso, sus efectos indirectos fueron de -5.52 y -2.75; no existen diferencias significativas entre ambos mediadores (-2.77[-9.02, 3.68]). La relación entre personalidad y la subescala de *salud mental* también presentó un efecto indirecto significativo de -5.14 por parte del optimismo disposicional. En el caso de la dimensión de *dolor*, la satisfacción y el optimismo reflejaron efectos indirectos significativos de 8.84 y -5.91 respectivamente, y existieron diferencias significativas entre ambos efectos (-14.76 [-26.13, -5.11]), siendo superior el papel de la satisfacción. Por último, la relación entre personalidad y *salud general* fue mediada por 3 variables. El optimismo, el afrontamiento de compromiso y el de falta de compromiso presentaron efectos indirectos

de -6.43, -4.49 y -7.29 respectivamente. No existieron diferencias significativas entre el papel de los mediadores (-1.94 [-10.10, 6.49], 0.86 [-8.17, 9.03], 2.80 [-5.51, 10.43]).

Las mediaciones significativas entre la personalidad y el *SF-36* fueron en dirección negativa, salvo en el caso de la satisfacción.

En cuanto a los efectos directos de la personalidad, estos fueron significativos en el caso de la *discapacidad total* ($p < 0.001$) y de la subescala del *SF-36* de *salud mental* ($p < 0.001$). La subescala de *rol emocional* de este instrumento no presentó una relación significativa con la personalidad de forma directa o indirecta.

En la Tabla 15 se muestra un resumen de los efectos indirectos específicos que resultaron significativos en el grupo clínico, y la Tabla 16 en el grupo control, junto con las proporciones de mediación del efecto total (P_M) y las betas estandarizadas de los efectos indirectos como medidas de tamaño del efecto. El valor de P_M no se calculó en aquellos casos en los que el efecto directo y el efecto indirecto actuaban en direcciones opuestas (presentaban signos opuestos) ya que podría reflejar valores incongruentes, que fueran negativos o superiores a 1 (MacKinnon, 2008). En los casos en los que más de un mediador resultó significativo, y además existieron diferencias significativas entre ellos, se presenta resaltado aquel que presentó mayor fuerza de mediación.

Tabla 15. Efectos indirectos significativos, beta estandarizada, proporción de mediación y contraste entre efectos indirectos en el grupo clínico ($N = 97$).

Criterio	β Efecto total	β Efecto directo	Mediador significativo	Efecto indirecto	Beta	P_M	Contraste
WHODAS 2.0. Total	24.35***	18.93***	Apoyo social <i>QLQ</i>	2.58 [0.04, 6.50]	0.06	0.11	-
Funcionamiento físico	-21.15***	-11.00	Apoyo social <i>QLQ</i>	-3.75 [-8.87, -0.18]	-0.17	0.18	-
Rol físico	-5.48	1.94	A. falta de compromiso	-6.83 [-16.06, -0.01]	-0.06	-	-
Vitalidad/Energía	-17.18***	-11.50*	<i>LOT-R</i>	-7.81 [-12.95, -3.73]	-0.18	0.45	-
Salud mental	-13.26**	-4.46	<i>LOT-R</i>	-6.72 [-11.05, -3.01]	-0.16	0.51	-
Dolor	-24.46***	-18.22*	A. falta de compromiso	-6.55 [-13.43, -0.89]	-0.09	0.27	-
Salud general	-20.62***	-16.98**	A. de compromiso	3.96 [0.17, 9.78]	0.07	-	7.18 [1.19, 15.74]
			A. falta de compromiso	-3.22 [-8.28, -0.11]	-0.06	0.16	

Nota. A= afrontamiento; P_M = proporción de mediación del efecto total; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*; *Quality of life Questionnaire*;

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$; Beta = beta estandarizada; β = beta no estandarizada.

Tabla 16. Efectos indirectos significativos, beta estandarizada, proporción de mediación y contraste entre efectos indirectos en el grupo control ($N = 95$).

Criterio	β Efecto total	β Efecto directo	Mediador significativo	Efecto indirecto	Beta	P_M	Contraste
<i>WHODAS 2.0</i> . Total	20.24***	12.07***	Apoyo social <i>QLQ</i>	3.29 [0.85, 6.65]	0.12	0.16	-0.83 [-4.88, 3.50]
			A. falta de compromiso	4.11 [1.58, 7.46]	0.15	0.20	
Funcionamiento físico	-3.45	1.87	Apoyo social <i>QLQ</i>	-3.04 [-8.22, -0.12]	-0.14	-	-
Rol físico	-11.54	-5.86	Satisfacción vital	14.04 [4.48, 27.72]	0.22	-	-0.97 [-1.69, -0.38]
			Apoyo social <i>QLQ</i>	-10.78 [-23.56, -2.03]	-0.17	0.93	
Vitalidad/Energía	-24.45***	-7.79	<i>LOT-R</i>	-5.52 [-10.58, -0.51]	-0.12	0.23	-2.77[-9.02, 3.68]
			A. de compromiso	-2.75 [-5.80, -0.19]	-0.06	0.11	
Salud mental	-33.13***	-18.28***	<i>LOT-R</i>	-5.14 [-9.97, -0.66]	-0.11	0.16	-
Dolor	-9.48*	-3.33	Satisfacción vital	8.84 [2.36, 16.17]	0.22	0.93	-14.76 [-26.13, -5.11]
			<i>LOT-R</i>	-5.91 [-13.14, -0.67]	0.14	0.62	
Salud general	-18.62***	-0.36	<i>LOT-R</i>	-6.43 [-12.86, -1.70]	-0.14	0.35	-1.94 [-10.10, 6.49]
			A. de compromiso	-4.49 [-10.17, -0.34]	-0.10	0.24	0.86 [-8.17, 9.03]
			A. falta de compromiso	-7.29 [-13.09, -1.66]	-0.16	0.39	2.80 [-5.51, 10.43]

Nota. A = afrontamiento; P_M = proporción de mediación del efecto total; *LOT-R* = *Life Orientation Test Revised*; *QLQ*: *Quality of life Questionnaire*;

* $p < 0.05$; *** $p < 0.001$; Beta = beta estandarizada; β = beta no estandarizada.

7. DISCUSIÓN

7.1. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

En esta sección procederemos a valorar, en función de los resultados obtenidos y del análisis de los datos, si se han validado o rechazado las seis hipótesis que conforman este estudio, y debatiremos los hallazgos en relación a la literatura ya disponible.

En cuanto a la **primera hipótesis**, que planteaba que el grupo clínico presentaría un mayor uso de estrategias de afrontamiento de corte desadaptativo en comparación con el grupo control, podemos considerar que ha sido corroborada mediante los análisis de datos. El grupo clínico, en comparación con el grupo control, mostró mayor puntuación en estrategias de afrontamiento de falta de compromiso y menor puntuación en estrategias de compromiso y de búsqueda y utilización apoyo social.

La baja puntuación del grupo TLP en el factor afrontamiento de compromiso, y en las estrategias de afrontamiento que engloba (*afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación*) está en consonancia con las investigaciones que se han llevado a cabo sobre la forma de estos pacientes de afrontar los eventos interpretados como estresores. Estas investigaciones muestran que en estos sujetos destaca la falta de intentos, tanto conductuales como cognitivos, para tratar de una forma directa los problemas que acontecen en sus vidas. Está marcado, en cambio, el uso del factor de evitación o falta de compromiso, con estrategias de negación, abandono y autoculpa, lo que se traduce en un exceso de pasividad en su conducta. Se manifiesta también una falta de búsqueda de apoyo social, tanto instrumental como emocional (Bijttebier y Vertommen, 1999). Esto queda patente también en la investigación de Fonagy et al. (2017), la cual encontró que, tanto los pacientes con TLP, así como aquellos con estrés postraumático, utilizaban principalmente estrategias de afrontamiento ineficaces, relacionadas con evitación o fuga.

La carencia de estilos adaptativos se refleja, asimismo, en que los pacientes con Trastorno Límite utilizan en menor medida la reevaluación positiva, la planificación y la búsqueda de apoyo social que los sujetos control (Bateman y Fonagy, 2009). Incluso, en comparación con otras patologías psiquiátricas graves, como el trastorno depresivo mayor, el grupo TLP informa de un mayor uso de estrategias desadaptativas y una menor calidad en la implementación de dichos estilos. El TLP puede, por lo tanto, caracterizarse en el afrontamiento por su uso excesivo de estrategias ineficaces para afrontar el estrés, una implementación de la regulación emocional durante el *coping* de baja calidad y una inadecuada ejecución de los estilos de afrontamiento que deciden poner en marcha (Southward y Cheavens, 2020).

En cuanto a las bajas puntuaciones en afrontamiento centrado en la búsqueda de apoyo social en comparación con controles sanos, según Millon y Davis (1996), esto se debe a las dificultades relacionales tan acentuadas que exhiben estos sujetos, lo que hace que se recluyan en la evitación en lugar de buscar ayuda en su red social. La falta de búsqueda de apoyo social, probablemente, se relacione con su bajo apoyo social percibido en comparación con sujetos no clínicos, dato que hemos encontrado también en este estudio y que debatiremos más adelante, y con la baja calidad de su red social, debido a los problemas que tienen para mantener relaciones que sean estables y seguras (APA, 2013).

En el TLP se dan diversas disfunciones que alteran su respuesta al estrés en múltiples niveles (Bourvis et al., 2017). La literatura considera que uno de los motivos para el bajo afrontamiento adaptativo en estos pacientes residiría en sus dificultades para la mentalización; la capacidad de interpretar el comportamiento propio o el de otros a través de la atribución de estados mentales. Esto da lugar a problemas de regulación emocional y a dificultades para manejar la impulsividad, especialmente en el contexto de las interacciones interpersonales. No poseen la capacidad para poner un evento en perspectiva, lo que lleva a reconocer gran parte de los sucesos como amenazas, ni la

habilidad para reinterpretarlos una vez que estos han concluido (Bateman y Fonagy, 2009). Esto se denomina mecanismos de reevaluación secundaria e involucran a la mentalización. Consisten en acceder y valorar información relevante que ha sido almacenada tras el suceso estresante, como las personas involucradas en él, así como la capacidad de contextualizar lo sucedido, teniendo en cuenta para ello las circunstancias, los rasgos de personalidad del otro, sus eventos recientes de vida o sus intenciones. Permite, por ende, inferir claves y creencias del contexto, así como identificar de forma correcta las emociones del otro y sus estados mentales subjetivos. Esto permite, posteriormente, tenerlos en cuenta a la hora de desplegar un tipo u otro de estrategia de afrontamiento, y de valorar las consecuencias de dicha estrategia (Busch, 2008).

Además, al poseer una capacidad limitada para ejercer esta función reguladora, se ven privados, al menos parcialmente, de los procesos de evaluación necesarios para reducir el estrés, sobre todo ante las experiencias sociales, que terminan en una peor funcionalidad y mayores dificultades. Cabe añadir que, dentro de su forma de reaccionar, los mecanismos de evaluación negativa, como sesgos atencionales, de memoria y distorsiones en las creencias, atribuciones e interpretaciones (Baer et al., 2012), en parte por esta falta de mentalización, tienen su rol también en situaciones de estrés relacionadas con el apego. Por lo tanto, otro de los motivos para este déficit puede ser el apego inseguro de estos pacientes, ya que se ha encontrado que niveles más altos de este tipo de apego predicen niveles más bajos de competencia emocional y un mayor uso de estrategias de afrontamiento ineficaces, particularmente en situaciones que requieren una solución centrada en los problemas y el uso de fuentes externas de apoyo (Antičević et al., 2019). Esto se traduce en el estilo de comportamiento impulsivo definitorio de las personas con TLP, asociado con la urgencia y la falta de perseverancia, factores relacionados con una baja regulación o inteligencia emocional y poca tolerancia a la angustia y al estrés (Paggeot, 2016). Todos estos factores interfieren con la

ejecución de estrategias de afrontamiento de compromiso, como la planificación o la reevaluación positiva, facilitando, en cambio, un estilo de *coping* precipitado, motivado por la búsqueda de alivio rápido de las emociones negativas que les invaden, lo que afecta a una elección de estrategias de afrontamiento adaptativo.

En cuanto a la **segunda hipótesis**, según la cual existiría un menor optimismo disposicional y apoyo social percibido en el grupo clínico en comparación con el grupo de control, podemos considerar que también ha sido validada ya que los resultados han ido en la dirección esperada. El grupo TLP mostró una puntuación menor en optimismo disposicional y en apoyo social percibido en comparación con el grupo control. Esto está en consonancia con estudios previos, así como con lo hallado en relación a la *primera hipótesis* de esta investigación, ya que un bajo optimismo se ha relacionado en la literatura con un mayor uso de estrategias de falta de compromiso o desadaptativas (Agüero et al., 2014), tal y como se confirmó en nuestra muestra.

El bajo optimismo también se relaciona con la falta de flexibilidad en el uso de estas estrategias, entendida como la habilidad para frenar un estilo que esté resultando ineficaz e implementar una estrategia alternativa. Los sujetos optimistas son capaces de cambiar las estrategias de afrontamiento dependiendo de la situación (Reed, 2016). El uso de estrategias de afrontamiento desadaptativas en el TLP puede deberse, en parte, a una incapacidad para ser flexible a la hora de cambiar a otra estrategia, causada por su bajo optimismo, así como a una interacción entre optimismo y afrontamiento que condiciona la forma en que un individuo responde a una situación estresante o desafiante (Thatchett y Park, 2004). Por lo tanto, el bajo resultado en optimismo en el grupo TLP, ha sido congruente con el mayor uso de estrategias de afrontamiento de falta de compromiso en relación con los controles, ya que ambas variables están significativamente relacionadas, como hemos venido comentando.

En cuanto a estudios previos sobre el optimismo disposicional, se ha encontrado

que bajos niveles en este rasgo se asocian con los trastornos afectivos, incluso después de la remisión, y con un historial de maltrato emocional en la infancia. El fracaso en la superación del evento traumático da como resultado esquemas cognitivos negativos generalizados inducidos por el propio trauma, que pueden alterar la autorregulación emocional que subyace a las expectativas de resultados optimistas. Las personas que sufren abusos parecen estar atrapadas en un bucle negativo, en el que el abuso emocional conduce a un sesgo cognitivo negativo, que da lugar a una representación negativa de los acontecimientos futuros (Broekhof et al., 2015). El TLP se ha relacionado ampliamente con traumas o abusos en la infancia (Battle et al., 2004), aunque los traumas de la infancia no siempre conduzcan a esta psicopatología. El trauma podría explicar tanto los rasgos TLP como su bajo optimismo disposicional, o podría considerarse la falta de perspectivas positivas como una consecuencia esperable de la propia sintomatología de la enfermedad, al estar caracterizada por un predominio de una alta afectividad negativa (Crowell et al., 2009), así como cognitiva, a través de diversos sesgos (Baer et al., 2012). Estos sesgos son similares a los que se dan en sujetos con trauma infantil, entre ellos podemos destacar la incapacidad para extraer del contexto la información relevante que les permita posteriormente tener una visión positiva del futuro (Korn et al., 2016). Esto se ilustra claramente en el estudio de Dent y Wang (2004) donde cada participante dibujó imágenes sobre una historia que se les narró; los participantes reconstruyeron dicha historia a través de sus dibujos. Se encontró que las historias de los pacientes con un diagnóstico de TLP resultaron ser uniformemente sombrías y pesimistas.

En relación a la variable apoyo social percibido, que ésta sea significativamente inferior en pacientes TLP en comparación con controles, está en sintonía con investigaciones publicadas que reflejan la disfuncionalidad de sus relaciones interpersonales y la baja calidad de éstas que, a la postre, afecta al apoyo social que consideran como disponible en momentos de necesidad. Primeramente, hay que tener

en cuenta la coherencia en este déficit social, ya que como recalcaron Hill et al. (2008), los trastornos de la personalidad pueden considerarse como fenómenos inherentemente sociales, partiendo de la base de que el desarrollo de la personalidad es en muchos aspectos el desarrollo del niño como un organismo social. Por otro lado, las relaciones inestables, caóticas y conflictivas son uno de los criterios diagnósticos del TLP y muchos de los otros criterios del trastorno, como la ira intensa, la impulsividad y los problemas de identidad pueden interferir en la capacidad de mantener relaciones estables y de buena calidad (APA, 2013). El estudio de Lazarus et al. (2020) corrobora esta teoría, al examinar la estabilidad de las redes sociales de las mujeres diagnosticadas con TLP y la de controles sanos evaluando sus características clave durante un período de 6 meses. Los resultados sugieren que las pacientes con Trastorno Límite experimentan relaciones interpersonales más inestables en el tiempo en comparación con las mujeres sanas. También las calificaciones sobre la calidad de sus relaciones fueron menos estables y más negativas de una evaluación a otra en el TLP.

Esta inestabilidad y negatividad social puede tener graves consecuencias tanto para el individuo como para la misma relación con los demás. El deterioro en el funcionamiento social en aquellas personas con TLP es a menudo severo, pero lo que es más preocupante es que mostró sólo una modesta mejora en el curso de hasta 16 años (Zanarini et al., 2010, 2012). Los síntomas interpersonales de orientación afectiva, como la intolerancia a la soledad y el conflicto con la dependencia son más lentos de remitir que otros aspectos del trastorno. Esto puede conducir a un aumento del déficit en recursos sociales a lo largo del tiempo, siendo sus redes sociales más pequeñas y menos significativas en comparación con población comunitaria (Lazarus y Cheavens, 2017).

Además de la inestabilidad de las relaciones y de su red social más reducida de lo normal, existe una visión negativa de las mismas que puede estar interfiriendo con el apoyo social percibido. Estos pacientes se califican a sí mismos y a los otros más

negativamente en una amplia gama de rasgos de personalidad, y se focalizan más en la retroalimentación social indeseable que los controles sanos (Korn et al., 2016), lo que afecta en consecuencia al funcionamiento de la red social y del propio rol social (Lazarus et al., 2016). Esto lo corrobora el estudio de Beeney et al. (2018) que encontró que las personas con TLP presentan un menor apoyo social, interacciones negativas más frecuentes y una menor integración social. Concluye que, en base a su red social, están en desventaja en este dominio, ya que se vinculan estrechamente con las personas con las que están menos conectadas dentro de su propia red. Lo que podría acrecentar ese sentimiento de poca disponibilidad de apoyo al buscarlo en vínculos concebidos solo unilateralmente como cercanos.

Entre las consecuencias negativas de no tener este apoyo social y de funcionar socialmente de manera disfuncional se han encontrado algunas tan graves como el suicidio. Kelly et al. (2000) encontraron una relación directa entre el funcionamiento social y el suicidio, donde los altos niveles de ajuste social pueden proteger contra el comportamiento suicida relacionado con el estrés en pacientes con TLP y en aquellos con otras patologías. A este respecto, Koekkoek et al. (2009) señalan que la miríada de dificultades que reportan estos pacientes puede ocultar los síntomas realmente más predominantes y problemáticos del TLP, como es el funcionamiento social y el apoyo de carácter muy limitado y las múltiples y graves consecuencias que ello acarrea. Por lo tanto, como indican nuestros propios resultados y los de la literatura, un bajo apoyo social y relaciones de mala calidad, son aspectos que pueden repercutir de manera muy dañina en la CDV, pero cuyo desarrollo, reduciendo la disfunción social y generando un sentimiento de apoyo, puede conducir, como mencionan Carlson et al. (2020), a un impacto positivo significativo en la calidad de vida de estos pacientes.

La **tercera hipótesis** de esta investigación plantea que las estrategias desadaptativas correlacionan con mayor discapacidad y peor salud, mientras que las estrategias adaptativas, el optimismo disposicional y el apoyo social percibido lo hacen

con menor discapacidad y mayor salud. En este caso los resultados también han ido en la dirección esperada. En primer lugar, las estrategias de afrontamiento de falta de compromiso correlacionaron negativamente con la CDV relacionada con salud y positivamente con la discapacidad, mientras que las estrategias de compromiso y de búsqueda de apoyo social lo hicieron de forma positiva con la salud y negativamente con la falta de funcionalidad. Estudios previos ya han recalcado dicha relación. El estilo de afrontamiento tiene la capacidad de actuar sobre la salud de manera general y sobre la discapacidad funcional (Gloria y Steinhardt, 2016; Ribeiro et al., 2017; Yazdi et al., 2017). También puede proteger la CDV, al reducir la afectividad negativa que puede evocar una situación, mediante el uso de estrategias como la reevaluación positiva (Lazarus, 1993).

Tal y como se halló también en nuestro estudio, las estrategias que se centran en la resolución del problema o de compromiso con el evento son las que tienen la capacidad de actuar positivamente sobre dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud; asociándose con menos síntomas de depresión, ansiedad, mejor autocuidado y disminución de los síntomas físicos, mientras que su carencia o el no ponerlas en práctica genera el efecto opuesto (Faasse y Petrie, 2015; Roohafza, 2014). Por otro lado, aquellas estrategias de falta de compromiso se relacionan con peor calidad de vida, a través de un mayor afecto negativo (Ben-Zur, 2009; Ruiz de Alegría et al., 2013).

La literatura muestra, principalmente, cómo las estrategias de afrontamiento afectan a la calidad de vida relacionada con la salud y a la funcionalidad en personas con patologías físicas. Las estrategias de afrontamiento de tipo activo o de compromiso en comparación con aquellas pasivas o de asimilación predicen una mejor calidad de vida relacionada con la salud en pacientes que han sufrido un infarto cerebral (Lo Buono et al., 2016). Asimismo, el uso de estrategias eficaces y activas frente a la enfermedad, como la reevaluación positiva o el espíritu de lucha correlacionan con una mejor calidad

de vida en pacientes con cáncer de pulmón, mientras que ésta se ve comprometida en aquellos que utilizan estilos de afrontamiento nocivos, como la preocupación o la desesperación (Chabowski et al., 2018).

Este mismo patrón parece darse en patologías de tipo mental contra las que también hay que lidiar de forma prolongada. A este respecto Apaydin y Atagu (2018) encontraron que la funcionalidad en pacientes bipolares se ve afectada negativamente por la impulsividad y positivamente por las estrategias adaptativas de afrontamiento, aunque el efecto de las estrategias de afrontamiento en la funcionalidad no está mediado por la impulsividad, por lo que podría ser igual de prioritario asegurar la puesta en marcha de estrategias útiles como controlar la impulsividad propia de ciertos trastornos. Por otro lado, el estudio de Bourdon et al. (2019) examinó los vínculos entre las creencias sobre la personalidad (que representa creencias sobre uno mismo, los otros y el entorno, que son disfuncionales y están relacionadas con trastornos de la personalidad), las estrategias de afrontamiento y la calidad de vida en una muestra de pacientes con trastorno por estrés postraumático. Aquellos sujetos con cualidades más evasivas o dependientes y un afrontamiento distante hacia el problema experimentaban una mala CDV a nivel psicológico, reflejada en más sentimientos negativos y en la vida percibida como menos significativa.

Las estrategias de afrontamiento adaptativas también pueden mejorar la calidad de vida al aliviar los síntomas de la propia enfermedad, lo que conduciría consecuentemente a una mejora en salud y funcionalidad. En el estudio de Vollrath et al. (1998) los estilos de afrontamiento pronosticaron el cambio en la mayoría de los trastornos de personalidad mientras que el sexo y la edad no afectaron al resultado siendo, en este caso, el afrontamiento un predictor más importante que las otras dos variables. El uso de estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la búsqueda de apoyo social mejoraron en estos pacientes los rasgos relacionados con su trastorno, sin embargo, los estilos de afrontamiento disfuncionales como la

autodistracción, la falta de compromiso, el uso de alcohol o drogas y el desahogo emocional se relacionaban con un agravamiento en su condición.

Con relación a la variable apoyo social, hemos encontrado resultados coherentes con investigaciones anteriores, con correlaciones positivas entre el apoyo social y la calidad de vida relacionada con la salud y negativas con la falta de funcionalidad.

Las investigaciones previas relacionan un bajo apoyo social con peor pronóstico en las dimensiones de calidad de vida. Uchino et al. (2012a) encontraron que el apoyo social tiene una repercusión en la salud física en general. Compare et al. (2013) hallaron que la ausencia de apoyo social o marital son factores de riesgo significativos de un mal pronóstico en enfermedades coronarias. También, en los pacientes con cáncer o dolor crónico, los niveles altos de apoyo social percibido mejoran la calidad de vida relacionada con la salud y reducen la disfuncionalidad, así como otros síntomas de tipo psicológico que pueden acompañar a estas condiciones, como son la ansiedad o la depresión. Es, por ende, una variable que afecta de forma relevante a la evolución de la enfermedad (Usta, 2012; Van Dyke et al., 2018). En un estudio de tipo longitudinal, los análisis también indican que el apoyo social parece ser un importante factor de predicción de la calidad de vida relacionada con la salud en las mujeres a las que se les diagnostica cáncer de mama, en particular, el apoyo emocional e informativo positivo (Leung et al., 2014). Asimismo, los cambios en el apoyo social son importantes predictores de los cambios en la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con problemas coronarios crónicos (Bennet et al., 2001). También, en pacientes con esclerosis múltiple el apoyo social es un predictor con un efecto significativo sobre la CDV (Costa et al., 2017). Cabe destacar que también puede repercutir en la ejecución de conductas de salud, como en la adherencia a los tratamientos. La investigación de Turan et al. (2018) así lo demostró en pacientes con hipertensión, esto conduciría consecuentemente a una mejora de la propia patología y de la calidad de vida de los afectados.

En cuanto al apoyo social y a patologías de salud mental, Gabal (2017) constató que la mayoría de los pacientes psiquiátricos tienen un bajo apoyo social, así como una baja CDV. Además, ambas variables se relacionan entre sí. Por lo tanto, el apoyo social debería ser una parte esencial del tratamiento psiquiátrico debido a su importante papel en la mejora de la salud y la funcionalidad de estos pacientes. Zdun-Ryżewska et al. (2018) también encontraron que el apoyo social es un correlato significativo de la CDV en los trastornos afectivos y una variable que, además, mejora los síntomas físicos en estos pacientes (Azevedo et al., 2017), así como un promotor de la recuperación en el trastorno bipolar y la esquizofrenia (Hendryx et al., 2009). En el caso de población con rasgos TLP, las relaciones interpersonales negativas, en comparación con las otras características del trastorno, son el síntoma que se asocia en mayor medida a una pérdida en la CDV a través de mayores tasas de incapacidad, de desempleo y de dolor (Reynolds y Tragesser, 2018). Mientras que, en oposición al bajo apoyo social, los niveles altos protegen contra el efecto de la enfermedad en diversos tipos de poblaciones (Ozbay, et al., 2007).

Por último, en cuanto a la variable optimismo disposicional, esta correlaciona negativamente con la falta de funcionalidad y positivamente con la salud. Estos resultados son coherentes con los estudios ya publicados. Este recurso psicológico ha llegado a establecerse como un factor determinante de la calidad de vida en personas sanas sin condiciones médicas previas (Fournier et al., 2002; Gordon et al., 2002; Londoño y Velasco, 2015) que no están enfrentadas al estrés diario de una enfermedad (Carver et al., 2010). El esperar un futuro positivo tiene relación con el bienestar psicológico manifestado como una menor angustia y mayor satisfacción con la vida, y se relaciona negativamente con factores dañinos para la CDV como son la ansiedad y la depresión (Nes y Segerstrom, 2016).

Pero este efecto protector se ha estudiado sobre todo en personas con patologías físicas como mentales, donde ha demostrado ser una variable a tener en

cuenta por su correlación positiva con la salud y la funcionalidad (Carver y Scheier, 2014). Ha demostrado mejorar la calidad de vida al ayudar a sobrellevar los aspectos debilitantes de la enfermedad en una variedad de pacientes, como aquellos con problemas coronarios, en la enfermedad de Parkinson, o en el caso del cáncer de mama (Boehm et al., 2018; Finck et al., 2017; Gruber et al., 2009). En cuanto a la salud mental, los pacientes con un bajo nivel de optimismo y un alto nivel de pesimismo están en riesgo de niveles más altos de ansiedad y depresión con los consecuentes perjuicios que eso acarrea tanto para su funcionalidad como para su salud física (Zenger et al., 2010). El continuo pesimismo-optimismo se ha relacionado con la funcionalidad también en el caso de la reincorporación laboral tras una baja por depresión. Se ha concluido que esta variable es un predictor de la remisión y la consecuente recuperación de la funcionalidad para regresar al trabajo en este tipo de pacientes, ya que afecta negativamente a la vulnerabilidad a la depresión (Kronström et al., 2011).

La capacidad protectora del optimismo puede ser tan destacable que estudios sobre longevidad han encontrado que se relaciona específicamente con un aumento del 11 al 15% en la duración de la vida en promedio, y con mayores probabilidades de lograr una longevidad excepcional. Estas relaciones eran independientes del estatus socioeconómico, las condiciones de salud, la depresión, la integración social y los comportamientos de salud (por ejemplo, fumar, la dieta y el consumo de alcohol). En general, los hallazgos sugieren que el optimismo puede ser un importante recurso psicosocial para extender la vida de los adultos mayores (Lee et al., 2019).

Aunque esta capacidad protectora del optimismo puede ser independiente de ciertos tipos de conductas beneficiosas para la salud, otros estudios han encontrado que esta protección sobre la calidad de vida puede deberse, en parte, a que conduce a los sujetos a realizar este tipo de conductas (Ait-hadad et al., 2020; Mulkana y Hailey, 2001). Esto es coherente con la hipótesis de Scheier y Carver (2018) quienes en su artículo de revisión concluyeron que la capacidad del optimismo para afectar a la CDV

puede darse a través de dos caminos. Una vía, la denominada conductual, actúa a través de la promoción de la salud o de la abstención de comportamientos perjudiciales para ella. Alternativamente, la vía biológica asume que el factor psicosocial podría influir en las respuestas biológicas subyacentes al estrés, lo que en última instancia promueve una mejor salud.

En nuestra opinión, esas dos vías, que podrían considerarse los mecanismos por los que el optimismo opera sobre la salud y la calidad de vida relacionada con la funcionalidad, podrían atribuirse también a las otras dos variables psicosociales estudiadas, aunque es algo que queda por corroborar, ya que aún existen diversos mecanismos subyacentes por dilucidar. Llegamos a esta conclusión ya que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas puede considerarse como una conducta de salud per se (Scheier y Carver, 1985), activadas en este caso por parte del optimismo, y que permiten frenar o solventar el problema, reduciendo el estrés que éste generaba, y recuperando el nivel de CDV que podía verse mermado por dicho estrés.

En cuanto al apoyo social percibido, Gallant (2003) encontró que existían relaciones positivas, aunque en este caso modestas, entre el apoyo social y el manejo de las enfermedades crónicas, especialmente en el caso de la diabetes, es decir, existen comportamientos de salud susceptibles a las influencias sociales. Asimismo, hallaron que los miembros de la red social tenían influencias negativas significativas en el manejo que hace el sujeto de su enfermedad. Por otro lado, el estudio de Turan et al. (2019) se llevó a cabo para determinar el efecto del apoyo social en la adherencia al tratamiento en pacientes con hipertensión. Se comprobó que el apoyo social percibido afecta positivamente a la adhesión del paciente al tratamiento, considerando esta como una conducta promotora de la salud al dirigirse hacia el manejo de la enfermedad.

Aunque las tres variables se han estudiado principalmente de cara a su papel en la CDV de aquellos que padecen una condición médica, estos patrones también se darán en población general cuando tenga que verse enfrentada a un estresor, aunque

su exposición a estos sea menor en frecuencia y gravedad y, por lo tanto, también su necesidad de estos recursos.

En lo que respecta a la **cuarta hipótesis** de este estudio, según la cual las tres variables estudiadas mediarán la relación entre personalidad y CDV, obtuvimos resultados acordes a lo esperado y a lo visto en el Estudio 1. Tanto en el grupo clínico como en el grupo control la relación entre personalidad y ciertas subescalas del *SF-36* (medida de CDV relacionada con la salud) fueron mediadas, con diferente intensidad (o proporción de mediación del efecto total), por las variables psicosociales estudiadas. Asimismo, la variable apoyo social percibido medió la relación entre personalidad y la puntuación total del *WHODAS 2.0* (discapacidad total) en ambos grupos de manera significativa, y en el grupo control también lo hizo el afrontamiento de falta de compromiso.

Estos resultados nos llevan a validar nuestra **cuarta hipótesis** de forma parcial, como ya ocurrió en el Estudio 1, donde el mediador analizado en ese caso (la satisfacción vital) no resultó significativo en todas las relaciones estudiadas. Esto nos invita a considerar que se dan dos vías mediante las cuales la personalidad afecta a las dimensiones de calidad de vida. La personalidad está actuando tanto de forma directa sobre la salud y la funcionalidad (camino que desarrollaremos más adelante al debatir sobre la **hipótesis 6** de este estudio), y también lo está haciendo en cierta medida a través de variables psicosociales mediadoras. En esta segunda vía, la personalidad afecta al buen funcionamiento de estas variables, lo cual se refleja posteriormente en la CDV.

El hecho de que se haya validado la **hipótesis 3**, donde las 3 variables estudiadas reflejan una correlación con la calidad de vida, puede considerarse también como apoyo empírico para esta segunda vía. Un deterioro en estas variables producirá un deterioro en la CDV, como ha mostrado la literatura anteriormente citada, pero para que se dé un camino indirecto entre personalidad y calidad de vida, los rasgos patológicos deben, en

primera instancia, deteriorar estas variables psicosociales. Esto es también congruente con la literatura disponible, ya que encontramos una relación entre personalidad y estos mediadores.

En primer lugar, en lo que respecta a personalidad y afrontamiento sabemos que ésta influye en la frecuencia de exposición a los factores estresantes y en el tipo de valoraciones que se realizan sobre los eventos y, posteriormente, influye en la elección de las estrategias que se van a emplear (Carver y Connor-Smith, 2010). Se ha encontrado que los rasgos del *Modelo de los Cinco Grandes de la Personalidad* (Goldberg, 1990) se relacionan con el afrontamiento. Podemos citar como ejemplo las dos variables más estudiadas en este aspecto: *el neuroticismo* y *la extraversión*. En el primer caso, las personas con elevado nivel en este rasgo tienden a elegir estrategias ineficaces que pueden servir para exacerbar situaciones estresantes. En el segundo caso, los altos en extraversión parecen ser eficaces y activos y es más probable que utilicen una mayor variedad de formas de hacer frente a las situaciones y que, además, lo hagan de manera efectiva (DeLongis y Holtzman, 2005). No obstante, en este estudio de revisión sobre esta área de investigación, los autores hacen también hincapié en que, aunque la personalidad juega un papel clave en el afrontamiento, esta puede verse influida por el contexto en el que se produce el factor estresante, y que este vínculo entre personalidad y contexto es más fuerte en las muestras que se enfrentan a situaciones exigentes desde el punto de vista físico o mental durante un período de tiempo prolongado. Esta interacción entre personalidad y afrontamiento, enmarcada dentro de un contexto que a su vez afecta a la personalidad será, por lo tanto, marcada en patologías como el TLP, donde los sujetos se enfrentan a un estrés crónico en la lucha diaria contra su sintomatología.

En consideración a investigaciones previas donde el afrontamiento ha mostrado su capacidad como mediador, podemos citar la de Horiuchi et al. (2018). Este estudio examinó si el afrontamiento mediaba la relación entre las creencias sobre el estrés

(creer que el estrés tiene propiedades debilitantes o fortalecedoras) y las respuestas psicológicas al estrés. Encontraron que el estilo de afrontamiento de expresión emocional mediaba parcialmente la relación entre una mentalidad que consideraba al estrés como un factor debilitante y los niveles más altos de respuesta a él, relacionados con la irritabilidad y el enfado, aunque las otras estrategias de afrontamiento no mostraron efectos mediadores. Por otro lado, el estudio de Zou et al. (2017) tenía como objetivos examinar si la autoestima y el locus de control sobre la salud están asociados con conductas promotoras de la salud y examinar el posible efecto mediador de los estilos de afrontamiento en los pacientes con enfermedades coronarias. Hallaron que las estrategias de compromiso o confrontación hacia el problema juegan un papel mediador en la asociación entre la autoestima, el locus de control interno de la salud y los comportamientos promotores de la salud. Concluyen que se debe, por lo tanto, trabajar el uso de estas estrategias que facilitan la ejecución de acciones a favor de la salud.

En cuanto a salud mental, el metaanálisis de Groth et al. (2019) evaluó el afrontamiento como posible mediador entre el locus de control que el paciente posee de la enfermedad, así como las creencias sobre su competencia y la salud mental. El afrontamiento de falta de compromiso o desadaptativo mediaba las asociaciones entre un locus de control desadaptativo y la mala salud mental, sin embargo, no fueron mediadores significativos los estilos de afrontamiento de compromiso.

Asimismo, el estudio de Pereira-Morales et al. (2018) tuvo como objetivo principal evaluar cómo los rasgos de personalidad específicos podrían explicar las puntuaciones en calidad de vida relacionada con la salud y explorar cómo esta relación podría estar mediada por los estilos de afrontamiento y el malestar psicológico. El estilo de afrontamiento emocional y la angustia psicológica fueron ambos mediadores significativos de la relación entre los rasgos de personalidad y la CDV. Los autores consideran que sus hallazgos proveen datos adicionales sobre la influencia acumulativa

de diversas variables psicológicas específicas en las dimensiones de CDV, por lo que no es conveniente centrarse solo en la personalidad o en los factores psicosociales intervinientes, sino entender ambos mecanismos en su conjunto.

Como última referencia al papel mediador del afrontamiento en salud, podemos citar el estudio de Bernard (2014) que examinó la relación entre la alexitimia, el afrontamiento y la salud en una gran muestra de estudiantes universitarios de licenciatura de diversidad étnica. Los resultados indicaron que la asociación entre la alexitimia, las emociones negativas y los síntomas físicos estaba mediada por el afrontamiento evitativo. Mientras que el afrontamiento activo y emocional medió la asociación entre la alexitimia y las emociones positivas.

En cuanto al optimismo, este también se ve afectado por los otros rasgos de personalidad, lo que significa que estos pueden deteriorarlo o potenciarlo, lo que posteriormente repercute en la salud y la funcionalidad. Esto se debe, según Costa y McCrae (2010), a que la personalidad de uno colorea la forma en que percibe e interpreta los eventos, pensamientos y sentimientos y habría que tener en cuenta no solo variables ambientales, sino también los rasgos de carácter para tener una comprensión del optimismo y de su impacto.

La relación entre optimismo y personalidad se ha venido estudiando sobre todo desde el *Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad*, como en el caso de las estrategias de afrontamiento. Se reflejan relaciones positivas de esta variable con la extraversión y una relación negativa con el neuroticismo. La evidencia disponible sugiere que las personas con altas puntuaciones en neuroticismo (por ejemplo, las personas irritables, nerviosas y tristes) tienden a ser más pesimistas, mientras que las personas con altas puntuaciones en extraversión (por ejemplo, las personas activas, asertivas y con emociones positivas) tienden a ser optimistas (Kam y Meyer, 2012). Utilizando múltiples medidas de optimismo y también el *Modelo de los Cinco Grandes*,

Sharpe et al. (2011) verificaron que otros rasgos más allá del neuroticismo y la extraversión, como la afabilidad y la conciencia/responsabilidad contribuyen, en gran medida, al optimismo, incluso después de controlar los dos anteriores. Esto sugiere que el optimismo se ve influenciado también por otras características de la personalidad. Asimismo, hay que tener en cuenta que la repercusión de la personalidad en el desarrollo del optimismo se manifiesta desde las primeras etapas de la vida, siendo su peso superior incluso al de los estilos educativos que proporcionan los padres o las relaciones familiares (Zanon et al., 2014).

El optimismo también ha demostrado su importancia como variable mediadora en estudios de salud. Al explorar el efecto mediador del optimismo disposicional en la relación entre la rumiación y la ansiedad, Yu et al. (2015) encontraron que éste mediaba parcialmente el impacto de la rumiación en la ansiedad. Mientras que el estudio de Vilhena et al. (2014) quería dilucidar si el optimismo disposicional ejerce una influencia moderadora o mediadora en la asociación rasgos de personalidad-calidad de vida. Concluyeron que es más probable que el optimismo disposicional desempeñe un papel mediador más que moderador y que, mediante este efecto indirecto, la expectativa de que ocurran cosas buenas contribuye a una mejor calidad de vida y bienestar subjetivo.

Por último, en relación a la asociación entre personalidad y apoyo social, los estudios han encontrado correlaciones, de nuevo dentro del marco del *Modelo de los 5 Grandes*. Por ejemplo, los individuos altos en extraversión y bajos en neuroticismo informan de niveles más altos de apoyo social percibido (Swickert et al., 2010). En el estudio longitudinal de Cukrowicz et al. (2007), en adultos con depresión los resultados sugirieron que la responsabilidad o conciencia y la extraversión fueron rasgos de personalidad que predijeron significativamente los cambios en el apoyo social percibido durante un periodo de 3 años. En base a estos resultados, parece que estos rasgos hacen a los sujetos más propensos a resistir los impulsos de retirarse de las relaciones cuando padecen depresión. Además, esos rasgos pueden dar lugar a interacciones más

satisfactorias y a una mayor percepción de apoyo social a lo largo del tiempo. Otro estudio longitudinal, en este caso el de Allemand et al. (2015), valoró el cambio a largo plazo entre rasgos de personalidad y apoyo social percibido. Su hallazgo más importante resultó ser que la asociación entre rasgos de personalidad y apoyo social se mantuvo durante ocho años, lo que refleja el hecho de que el cambio individual en un rasgo de personalidad se acompaña de una tendencia de cambios individuales en las percepciones de apoyo social. También encontraron que, a nivel individual, el hecho de ser más afable y extravertido y menos neurótico aumenta la probabilidad de percibir las relaciones y las interacciones sociales como de gran apoyo.

Podemos concluir que, aunque la personalidad puede deteriorar o incrementar el apoyo social que se percibe, el propio apoyo podría afectar también a la personalidad. Los resultados de Udayar et al. (2020) indicaron que, si bien la estabilidad emocional predecía la percepción de apoyo social 4 años después, el apoyo social percibido también predecía la estabilidad emocional, la extraversión, la afabilidad, la apertura y la responsabilidad en este mismo periodo de tiempo. Estos hallazgos sugieren que el apoyo social percibido puede ser un recurso que también tenga un impacto en el desarrollo de los rasgos de la personalidad que se asocian con las habilidades e interacciones sociales.

En cuanto al papel mediador del apoyo social en estudios previos, Khalil y Abed (2014) hallaron mediaciones parciales por parte de esta variable entre síntomas depresivos y predicción de CDV en pacientes que recibían hemodiálisis. Mientras que Kondrat et al. (2018) encontraron que esta variable media la relación entre el impacto de la discriminación experimentada por padecer una patología psiquiátrica y la propia salud mental. Por otro lado, en pacientes con cáncer de mama, el apoyo social desempeñó un papel mediador parcial en la relación entre la resistencia y la calidad de vida (Zhang et al., 2017). Podemos citar, por último, la investigación de Sherry et al. (2008), la cual encontró que el apoyo social percibido mediaba significativamente la

relación entre el perfeccionismo socialmente prescrito, es decir, la percepción de que los demás están exigiendo la perfección de uno mismo, y los síntomas depresivos, mientras que esto no ocurrió con el apoyo social recibido.

Los estudios citados en relación al rol de mediadores de estas tres variables reflejan resultados en concordancia con nuestro estudio. Estas variables de tipo psicosocial tienen un impacto mediador, pero nunca de forma completa, ni su presencia es significativa en todas las relaciones entre personalidad y calidad de vida y sus subdimensiones. En este vínculo, parece que el efecto directo suele mantener un papel también significativo y, asimismo, existirían además otras variables intermedias involucradas, ya que resulta imposible abordar todos los posibles factores de relevancia entre los rasgos de personalidad y la CDV.

En lo que respecta a la **quinta hipótesis** de este estudio podemos considerar que lo que hemos planteado se ha corroborado, ya que se han encontrado diferentes patrones de mediación en ambos grupos. Tal y como ocurrió en el Estudio 1, donde la satisfacción vital tuvo un rol como mediador más destacable en el grupo de control que en el grupo clínico, en este caso, nuevamente, las variables psicosociales estudiadas han sido mediadores significativos de mayor relevancia (por la fuerza o proporción de su mediación, en general más elevada), y han ejercido este rol en un mayor número de subdimensiones de la calidad de vida en el grupo control en comparación con el grupo TLP.

Los motivos argumentados en el Estudio 1, que nos llevaron a plantear de tal forma esta hipótesis, siguen vigentes para este segundo estudio. Podemos, de nuevo, considerar que los efectos de la mediación están más presentes en el grupo sin condición psiquiátrica, ya que la personalidad patológica tiene la capacidad de eclipsar el potencial papel de las variables psicosociales en las limitaciones en CDV. Esto ocurriría al poseer mayor fuerza el vínculo directo entre los rasgos en el espectro nocivo del continuo y la salud y la funcionalidad mientras que, en el caso de rasgos de

personalidad no exacerbados, se permite una mayor libertad a otras variables para operar dentro de esta relación. Esto se hace evidente si tenemos en cuenta que tratamos con un grupo cuya patología de por sí cuenta con tal impacto en la vida que conduce a tasas de suicidio destacables, y a un uso de servicios médicos tan elevado, que convierte al TLP en una de las enfermedades más prevalentes en salud mental, incluso en comparación con otras patologías altamente debilitantes (Leichsenring et al., 2011; Paris, 2010).

A este respecto, hay que comprender que esto, posiblemente, es el resultado de una intensa disforia episódica, que consiste en un estado de ánimo negativo, acompañado de irritabilidad o ansiedad. Asimismo, existen arrebatos de ira y repetidas fluctuaciones emocionales, incluso dentro de un mismo día, con oscilaciones con tendencia hacia la polaridad (APA, 2013). Esto se traduce en una inestabilidad afectiva y conductual tan intensa como extrema, por lo que no es de extrañar que sus rasgos afecten de una manera tan apabullante como invasiva a la calidad de vida, no permitiendo que se ejerza, al mismo nivel que en una muestra con rasgos más centralizados, un deterioro previo de variables intermedias. Esto es coherente con el estudio de Perseus et al. (2006), que encontró que las limitaciones en calidad de vida en pacientes con TLP no empeoraban en aquellos subgrupos que también presentaban comorbilidad de patologías, concluyendo que el propio trastorno en sí mismo podría ser un predictor de un deterioro sustancial de la CDV, reduciendo relevancia a factores indirectos e incluso al perjuicio que podrían producir otras condiciones de salud mental. Esto lo apoya también el hecho de que en nuestra investigación los efectos directos significativos por parte de los rasgos de personalidad sobre las dimensiones de calidad de vida se dieron en un mayor número de casos en el grupo TLP que en el grupo control (4 relaciones directas significativas versus 1 única en el grupo control) reflejando la fuerza de este patrón de personalidad patológico sobre la CDV.

Al igual que concluimos en el Estudio 1, consideramos que es posible que estas variables mediacionales estudiadas empiecen a cobrar un papel más importante en el TLP al suavizarse su sintomatología con el paso del tiempo (Grant et al., 2008). Cuando se examina el curso de los síntomas individuales del TLP, los estudios han demostrado, en general, una disminución de todos los síntomas. No obstante, la impulsividad y las manifestaciones conductuales del trastorno remiten a un ritmo más rápido que las experiencias internas y afectivas. A pesar de los síntomas residuales observados en pacientes en remisión, el TLP no es necesariamente un trastorno de por vida (Biskin, 2015), y en pacientes de mayor edad, las variables psicosociales podrían alcanzar la notabilidad que tienen en población comunitaria, cuando los rasgos patológicos de personalidad no se den de manera tan extrema. En nuestro caso, la muestra del grupo clínico se componía de mujeres que presentaban un TLP activo al completar las pruebas, primeramente ya que se trataba de una población aún en búsqueda de ayuda para tratar su condición (en este caso a través de asociaciones dedicadas al trastorno) y en segundo lugar, ya que presentaban una edad media de 33 años, donde los síntomas están aún acentuados, lo que incrementa la distancia en rasgos de personalidad entre ambas muestras, por lo que era de esperar cierta divergencia en la mediación en ambos grupos.

Independientemente de la edad, hay que considerar que, al comparar dos grupos con tantas diferencias a nivel de personalidad, no podemos esperar que el papel de los mediadores sea el mismo. Las divergencias en personalidad entre ambas muestras son demasiado amplias (con una puntuación de 1.98 en el *PID-5* en el grupo clínico en oposición a 0.75 en el grupo de control) como para esperar que las variables psicosociales estén actuando de igual forma en poblaciones tan diferentes, como ya observábamos al analizar el rol como mediador de la satisfacción vital en el Estudio 1.

Lo mismo ocurriría si analizáramos el rol de estas variables en el TLP en contraposición con otras patologías; probablemente los resultados arrojarían de nuevo

patrones de mediación distintivos. Por lo tanto, hay que entender que lo que puede ser un mecanismo subyacente en población comunitaria o en una patología específica puede no serlo en otra, o al menos no tener la misma relevancia. Ahí reside la necesidad de llevar a cabo estudios con la población concreta sobre la que se quiere conocer dichos mecanismos para, posteriormente, identificar qué variables abordar y en qué medida en futuros tratamientos.

No obstante, también se dieron similitudes en mediación en ambos grupos. En concreto, el apoyo social percibido medió entre la personalidad y la disfuncionalidad total tanto en el grupo clínico como en el grupo control y, en ambos grupos, no fue en ningún caso significativo el afrontamiento de búsqueda de apoyo social, lo que nos lleva a considerar que incluso en poblaciones heterogéneas podrán también hallarse variables más remarcables que otras en el estudio de estas relaciones.

Asimismo, aunque en menor medida, los tres factores analizados siguieron teniendo un rol considerable en el grupo clínico, lo que nos conduce a considerar que no se puede descuidar el papel de los mediadores, aunque sea dentro de una población con trastornos de la propia personalidad donde la fuerza de los rasgos es destacable como parte de su condición.

En cuanto a la **sexta hipótesis**, según la cual se darían peores puntuaciones en CDV relacionada con la salud y mayores puntuaciones en discapacidad en el grupo clínico en comparación con el grupo control, se ha visto validada en la misma dirección que en el Estudio 1. Al ser el análisis de las dimensiones de calidad de vida de estos pacientes, así como las variables que repercuten en ellas, el eje central de esta tesis, hemos considerado oportuno corroborar los resultados encontrados en el primer estudio y argumentarlo en esta discusión.

La literatura disponible apoya esta asociación entre rasgos de personalidad *borderline* y problemas de salud e índices de discapacidad. Las personas con un diagnóstico de personalidad límite muestran un deterioro significativo en su

funcionamiento, al presentar un alto índice de comorbilidad con otros trastornos debilitantes, así como con el abuso de sustancias, lo que empeora adicionalmente su CDV (Tomko et al., 2014). Esto está en consonancia con el estudio previo de Perseius et al. (2006) que encontró que estos pacientes sufren un deterioro significativo en las dimensiones generales de CDV relacionada con la salud en comparación con la población normal. El deterioro de calidad de vida en las escalas de movilidad, el cuidado de sí mismo, las actividades habituales, el dolor, el malestar y la ansiedad y la depresión, en una muestra de pacientes con TLP es comparable, e incluso en ciertos dominios peor, que el de pacientes con otras patologías físicas y mentales severas. Laurensen et al. (2016) compararon las puntuaciones en estas dimensiones en pacientes TLP con publicaciones que analizaban la CDV en otras enfermedades, hallando que este trastorno de la personalidad es tan dañino para las dimensiones de salud y funcionalidad como la diabetes, el asma, las enfermedades coronarias, el dolor crónico, la enfermedad de Parkinson y el trastorno depresivo mayor. No es de extrañar, por lo tanto, las diferencias significativas que hemos encontrado nuevamente entre ambos grupos. Además, parece que esta mala calidad de vida relacionada con la salud puede estar reflejándose ya desde la adolescencia. Los adolescentes que cumplían los criterios necesarios para ser diagnosticados con TLP, pero también aquellos que presentaban rasgos cerca del umbral necesario, presentaban una reducción significativa de su CDV, así como un significativo malestar psicológico (Kaess et al., 2017).

Centrándonos en concreto en el aspecto funcional de la calidad de vida, el impacto de la patología es destacable a nivel social, educativo y laboral, donde el 64% de la muestra presentaba aislamiento de su familia y solo el 36% de ellos había llegado a los estudios universitarios. Resulta también preocupante su tasa de abandono de estudios o empleos, siendo esta del 56% (Touhami et al., 2011). Por otro lado, Grambal et al. (2016) encontraron que los pacientes con TLP que también sufren además un trastorno de ansiedad comórbido presentan baja funcionalidad a nivel de integración

laboral, el hogar, los estudios, el ocio y las actividades sociales en comparación con un grupo de sujetos de control. Como estudio más reciente, en consonancia con los dos citados, encontramos el de Reynolds y Tragesser (2019) que asoció una constelación de rasgos TLP con posibilidades más elevadas de encontrarse de baja por incapacidad, así como un aumento de la probabilidad de estar desempleado debido a patologías relacionadas con el dolor, incluso tras controlar otras variables que podrían interferir en esta relación, como la severidad del dolor, la depresión y la ansiedad.

Ahora que hemos comprobado la validez de las seis hipótesis objeto de este estudio, así como contrastado la literatura disponible al respecto, procederemos a desarrollar las limitaciones del estudio, así como las aportaciones e implicaciones de nuestros hallazgos.

7.2. LIMITACIONES DEL ESTUDIO Y DIRECCIONES FUTURAS

Hemos detectado limitaciones en este estudio. La primera de ellas concierne al diseño de la investigación. Se trata de una investigación descriptiva, que pretende esclarecer la realidad de la calidad de vida en el Trastorno Límite, así como de los factores involucrados. Expone cómo se ve afectada la CDV en el TLP y el rol de variables intermedias o mediadoras, pero no puede ir más allá de establecer correlaciones significativas entre ellas para inferir la naturaleza de las relaciones estudiadas. Es decir, este tipo de diseño no nos permite concluir relaciones de causa-efecto, no podemos establecer que existe causalidad entre las variables y concluir que, efectivamente, el deterioro en la calidad de vida es la consecuencia o la causa de presentar rasgos TLP, o que estos rasgos de personalidad causan un efecto en los factores mediadores que posteriormente afectan a la calidad de vida.

Este estudio se limita a describir, proponer y valorar de forma preliminar (por medio de las correlaciones entre las variables y los análisis de mediación) modelos a

través de los cuales podría explicarse, en cierta medida, el deterioro en la CDV de estos pacientes. Estos modelos, posteriormente, deberán ser probados a través de la metodología exigida para poder establecer la existencia de causalidad de manera válida. Para ello podrían llevarse a cabo estudios experimentales, los cuales por sus características permiten inferir relaciones de causa-efecto entre las variables. Esto ocurre ya que estos diseños evalúan el efecto que tiene en un grupo de sujetos una intervención, en comparación con otro grupo que no ha recibido dicha intervención, el grupo de control, y cuyos sujetos han sido asignados aleatoriamente a los grupos. Para extender los resultados de esta investigación se podría realizar un estudio que, utilizando la metodología descrita, probara cómo actúan en la CDV de los sujetos intervenciones dedicadas a controlar los rasgos TLP, como la dialéctica-conductual, o aquellos que incorporen módulos que busquen una mejora en los factores psicosociales intermedios estudiados. Esto tendría como objetivo discernir si, realmente, el patrón de personalidad TLP, así como las variables intermedias, pueden considerarse como causa del deterioro en la CDV de estos pacientes, al medir ésta antes y después de los tratamientos recibidos. Asimismo, otra forma de utilizar el término causalidad de manera válida, también podría ser el llevar a cabo un diseño longitudinal, donde se toman medidas de la evolución del mismo grupo de sujetos en las variables de interés a lo largo de diferentes intervalos de tiempo; este prolongado tiempo de observación permite establecer una relación temporal causa-efecto.

Esto nos conduce a otra de las limitaciones de este estudio, su corte transversal, es decir, mide las variables estudiadas y sus relaciones en un único momento temporal, lo cual es característico de estudios descriptivos como el que hemos llevado a cabo. No obstante, tomar medidas en un único momento, a pesar de que refleja la realidad de la situación en un grupo de pacientes y de un grupo de control en un momento dado, presenta la limitación de que podría presentar sesgos si la población objeto de estudio no es representativa, además de que nos limita para conocer la evolución de la

enfermedad y de su impacto en la CDV, y del papel de los factores intermedios. Esto es especialmente relevante en una patología como el TLP que ha demostrado sufrir cambios a lo largo de la vida de los pacientes (Biskin, 2015).

Como última limitación metodológica, cabe destacar el haber considerado en el modelo propuesto para explicar el deterioro en la CDV de estos pacientes, únicamente un total de cuatro variables como posibles mediadores de la relación entre los rasgos de personalidad y la calidad de vida. Podríamos denominarlo un modelo que aporta una aproximación contributiva, aunque necesariamente parcial, ya que la cantidad de factores intervinientes en los problemas de calidad de vida relacionada con la salud y con la funcionalidad en el TLP, obviamente supera con creces el número de factores que hemos incluido, siendo estos realmente imposibles de enumerar y valorar conjuntamente en la práctica. No obstante, pretendíamos realizar un primer acercamiento, de forma preliminar, a la realidad de la problemática, que nos permitiría posteriormente acotar la dirección en la que dirigimos y el tipo de variables que parecen ser de mayor relevancia. En estudios posteriores habrá que indagar sobre las variables que mostraron ser de mayor interés en la CDV en el TLP, y seguir proponiendo modelos más exhaustivos que tengan en cuenta múltiples factores psicosociales.

Cabe también destacar limitaciones en lo concerniente a la muestra del estudio. Al igual que mencionamos en las conclusiones del Estudio 1, en este segundo estudio también debemos recalcar como limitación el hecho de que la muestra estuviera formada solo por mujeres. No obstante, nuevamente no resultó posible incluir un grupo formado por hombres, ya que la prevalencia de dicha enfermedad en el género femenino es significativamente superior en población clínica, donde las mujeres parecen representar el 70% de los pacientes (Gunderson y Links, 2008). No obstante, de cara al futuro, es importante realizar estudios con grupos de hombres con TLP, ya que en población general parece no haber una diferencia significativa en su prevalencia según el género (Tomko et al., 2014), y al no poder contentarnos con extrapolar a hombres lo

encontrado en mujeres con TLP, ya que existen diferencias en la manifestación de sus síntomas (Sansone y Sansone, 2011; Sher et al, 2018) y, por tanto, también podría haberlas en cómo afecta a su calidad de vida y en los factores intervinientes en ello, no pudiendo, en consecuencia, obviar sin más a ese grupo de pacientes. Futuros estudios también deberían centrarse en analizar la calidad de vida en el TLP y los mecanismos que explican su deterioro según rangos de edad, por la naturaleza cambiante del trastorno debido al paso del tiempo (Gunderson et al., 2011; Stepp y Pilkonis, 2008). La realidad de la situación parece no ser la misma para ambos géneros ni para diferentes rangos de edad, ni lo que podría extraerse de cara a la detección y al abordaje terapéutico de la enfermedad, por lo que resulta importante realizar dichas distinciones. No obstante, nuestra muestra no fue lo suficientemente amplia como para realizar los análisis según grupos divididos por edad, o como para incluir un grupo de hombres con TLP; estudios próximos con muestras más amplias lo permitirían.

También podemos mencionar limitaciones en relación a los instrumentos utilizados. En esta investigación se han utilizado únicamente medidas de autoinforme a través de plataformas online, donde las participantes debían comprender las instrucciones de cada escala, y no se contaba con un *feedback* directo para realizar aclaraciones sobre la intención de las preguntas planteadas, lo que puede conducir a sesgos en las respuestas. Nuevas investigaciones deberían incluir medidas ejecutadas por el propio terapeuta, que minimicen posibles sesgos y aseguren el entendimiento correcto de las preguntas para lograr respuestas coherentes, al contar con el apoyo continuo del entrevistador a la hora de realizar las pruebas. Cabe también mencionar el hecho de que al utilizar el *Brief COPE*, el cual en su formato inalterado cuenta con 14 subescalas de 2 ítems cada una, solo se incluyó un ítem por escala, al considerar que el número de preguntas total, teniendo en cuenta todas las pruebas que conformaban el estudio, podía resultar excesivo. No obstante, a pesar de haberse utilizado anteriormente la versión de un solo ítem por escala (Eisenberg et al., 2012; Lara et al.,

2013), en investigaciones futuras sería importante utilizar el instrumento completo además de escalas que evalúen tanto estrategias generales para afrontar los problemas y dificultades como estrategias específicas utilizadas para el manejo de la enfermedad y sus consecuencias. Esto permitiría arrojar más luz y profundizar de forma más extensa en el afrontamiento en el TLP, y llenar ese vacío existente en la literatura.

Por último, podemos hablar de limitaciones en el análisis de los datos, en concreto en los análisis de la mediación. En nuestro caso se analizaron los mediadores de manera independiente utilizando para ello el modelo de mediación múltiple en paralelo. No obstante, aunque al revisar los datos de nuestra investigación esto pareció lo más oportuno para validar nuestras hipótesis y otra metodología podía exceder los objetivos y naturaleza de este estudio, investigaciones futuras podrían utilizar modelos más complejos, precisos y exhaustivos. Estos permitirán conocer también la relación entre las variables mediadoras y cómo se afectan entre sí, algo que se podría lograr analizando estas variables mediante modelos de mediación múltiple en serie. Asimismo, nuevas investigaciones pueden analizar la relación entre todas las variables intervinientes en el estudio utilizando el modelado de ecuaciones estructurales (*MES*), que permite reflejar relaciones complejas y multidimensionales entre variables, a través de un modelo que incorpore todos los factores de interés, estimando y probando posibles relaciones causales entre ellos.

CAPÍTULO III. RESUMEN Y APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS.

1. RESUMEN DEL TRABAJO REALIZADO

Esta tesis se compone de dos estudios que comparten una misma línea de investigación y que, en su conjunto, pretenden crear un trabajo unitario centrado en describir la realidad de la CDV relacionada con la salud y con la funcionalidad en el TLP. Asimismo, pretende identificar las variables psicosociales que median la relación entre los rasgos del Trastorno Límite de la Personalidad y estas dos dimensiones, y cómo están afectadas también estas variables intermedias en estos pacientes debido a la expresión de sus rasgos.

Ambos estudios se basan en la premisa de que factores relacionados con las fortalezas del individuo, como los que hemos estudiado en estas investigaciones, son clave para promover el bienestar y la capacidad para hacer frente a la adversidad (Cobben, 2017; Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), y que los rasgos típicos del TLP pueden relacionarse con una mala calidad de vida por dos motivos. Primeramente, incidiendo en estas fortalezas o variables de la psicología positiva y conduciendo este deterioro a daños posteriores en la salud y la funcionalidad de los sujetos, a través de lo que denominamos una vía indirecta. En segundo lugar, existiría un camino directo mediante el efecto de los propios rasgos en la CDV, sin daño previo a constructos intermedios.

El Estudio 1 tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida en pacientes con trastorno límite analizando la relación entre rasgos patológicos de personalidad y las dos dimensiones de calidad de vida, así como el posible efecto mediador de la satisfacción vital en esta relación, en comparación con un grupo de control que no padecía ninguna enfermedad física ni patología mental. Para ello, se contó con dos grupos de mujeres (clínico o con TLP, $N=138$; y control, sin enfermedad física o mental, $N=124$). El TLP se relacionó con una peor calidad de vida en todas las escalas, y los resultados mostraron diferencias entre los grupos en personalidad patológica y calidad

de vida. La satisfacción vital demostró tener un papel mediador en ciertas dimensiones de la calidad de vida relacionada con la salud en ambos grupos y con la calidad de vida relacionada con la funcionalidad únicamente en el grupo de control. Esto refleja que la personalidad actúa sobre la CDV tanto de forma directa como a través de la mediación, y que el papel de las variables intermedias es diferente en función de la presencia o ausencia de rasgos del TLP.

En cuanto al Estudio 2, éste expandió y profundizó en lo realizado en la primera investigación en relación a factores intermedios involucrados en la relación entre rasgos de personalidad y la CDV. Pretendía describir y evaluar el papel mediador de las estrategias de afrontamiento, el apoyo social percibido y el optimismo disposicional tanto en un grupo de pacientes con TLP como en un grupo de control. Para ello se contó con 192 mujeres (un grupo clínico, $N=97$; y un grupo de control $N=95$ participantes) y se utilizaron los mismos instrumentos que en el Estudio 1 para medir tanto la personalidad como las dimensiones de calidad de vida para poder realizar comparaciones coherentes. Los resultados mostraron, al igual que en el Estudio 1, que los rasgos TLP correlacionan con peor calidad de vida en ambas dimensiones (CDV relacionada con la salud y la funcionalidad) y que existen importantes diferencias entre grupos. También se encontró que, el grupo TLP, presentaba menor puntuación en afrontamiento adaptativo (compromiso y búsqueda de apoyo social), así como en apoyo social percibido y en optimismo disposicional, así como mayor puntuación en afrontamiento desadaptativo (falta de compromiso). En cuanto a los análisis de mediación, se observó el mismo patrón que en el Estudio 1. La mediación por parte de las variables analizadas fue significativa a diferentes intensidades y solo en ciertos dominios de las dimensiones de calidad de vida estudiadas existiendo, de nuevo, tanto un camino directo como indirecto de actuación por parte de los rasgos de personalidad. Asimismo, los patrones y la presentación de las mediaciones encontradas fueron diferentes en ambos grupos y

superiores en el grupo de control. Esto reflejó, al igual que en el Estudio 1, el mayor impacto sobre la CDV, a través de la vía directa, de los rasgos de tipo patológico.

2. APORTACIONES DE AMBOS ESTUDIOS

El Estudio 1 tuvo como aportación principal el intentar reflejar de forma aproximada el estado de la calidad de vida en el TLP, entendida esta de una manera completa, teniendo en cuenta tanto aquella relacionada con la salud como con la funcionalidad, algo que contaba hasta ese momento con escasa literatura al respecto. Los resultados obtenidos permitieron corroborar y extender de forma más detallada lo publicado con anterioridad sobre la discapacidad funcional en el TLP y el deterioro que esta patología podía acarrear en su salud física. Asimismo, los resultados destacaron la necesidad de prestar atención a este deterioro y a los posibles mecanismos subyacentes que lo habilitaban. Para ello, propuso una posible variable interviniente dentro de la relación rasgos de personalidad-CDV, una primera tentativa de comprender qué otros motivos, además del evidente, considerar únicamente a las propias manifestaciones de la patología como causantes de la mala CDV, podían existir. Descifrar el resto de motivos, más allá de los propios rasgos de personalidad, permitiría, posteriormente, utilizar esos datos para intervenir terapéuticamente desde un ángulo que entendiera los problemas en la calidad de vida de los pacientes TLP de forma multifactorial.

Por ende, cabe recalcar como aportación que pretendía iniciar camino y generar interés entendiendo los acuciantes problemas diarios a los que se enfrentaban estos pacientes desde una perspectiva nueva, adoptando para ello un enfoque menos estigmatizado y negativo del trastorno de la personalidad. Este objetivo se abordó a dos niveles. Primeramente, intentando desvelar la importancia de una variable de aspecto positivo y protectora de la CDV como la satisfacción vital (Kööts-Ausmees y Realo, 2015; Strine et al., 2008), en lugar de centrarse solamente en variables de corte

psicopatológico. Asimismo, el haber escogido una variable que se presta a ser alterada por medio de tratamientos (Seyedi-Asl et al., 2016), se refuerza el valor de la investigación por su implicación terapéutica, al poder incidir sobre ella para prevenir un desgaste significativo de la vida del paciente mientras se logra un control de los rasgos de personalidad patológicos.

En segundo lugar, se pretendía entender la patología de la personalidad desde la normalidad y alejando el foco continuo en los aspectos negativos que rodean la enfermedad, también en el método de evaluación utilizado. Seleccionamos, por lo tanto, el *PID-5* (APA, 2013) para medir los rasgos de personalidad, lo que nos permitió, al mismo tiempo, ofrecer información sobre la validez de este instrumento para medir los rasgos TLP, ya que su uso aún no está ampliamente difundido en estos pacientes ni en población española. Este instrumento pretende añadir un cariz dimensional a las comunes formas de diagnóstico categorial. Esta escala entiende los rasgos como propios e inherentes a todas las personas, donde en los trastornos como el TLP estos se manifiestan dentro de la vertiente patológica del continuo, aunque lo hacen de forma variada, personal y única, con un patrón propio en cada sujeto. Por lo tanto, no considera los rasgos de los trastornos de la personalidad como características ajenas a las personas sanas, algo que puede alienar o crear estigma, y además acepta la variabilidad dentro del trastorno evitando encasillar a todos los pacientes.

En este primer estudio la satisfacción vital demostró tanto estar dañada en el TLP, al presentar este grupo puntuaciones muy bajas en comparación con controles sanos, como ser relevante como mediador en ciertas subescalas de las dimensiones de calidad de vida estudiadas. A pesar de que su rol fue mayor en el grupo de control, demostró ser una variable valiosa para ser, junto a otras posibles variables de interés, tratada en complementos de terapia. Aunque, como hemos mencionado, los resultados recalcaron de igual forma la fuerza del efecto directo de los rasgos de personalidad patológicos en la CDV, y la consecuente necesidad de realizar una investigación más

exhaustiva al respecto. Esta investigación debía mantener una perspectiva completa y atender tanto a la *vía directa* como a la *vía indirecta* por la que la calidad de vida se ve dañada en el TLP.

El Estudio 2 pretendía dar respuesta a las incógnitas que, naturalmente, dejó abiertas este primer estudio. Primeramente, ya que este primer estudio se centraba, de manera principal, en la relación entre rasgos y CDV y en menor medida en proponer un modelo completo que explicara los motivos del deterioro. Nos dejó, por lo tanto, cuestionándonos las relaciones intermedias. A raíz de los resultados, nos surgieron cuestiones que impulsaron el efectuar otro estudio, tales como: ¿qué otras variables pueden estar ejerciendo de mediadoras en esta relación?; ¿los factores intermedios analizados tendrán siempre menos impacto en el grupo clínico, existiendo una influencia directa fuerte por parte de los rasgos de personalidad patológicos?; ¿a pesar de que su rol pueda ser menor que en el grupo control, otros factores propuestos por la psicología positiva podrían ser mediadores significativos en pacientes TLP?; ¿qué otras fortalezas, además de la satisfacción vital, están deterioradas en el TLP?; al estudiar otras fortalezas, ¿los resultados nos indicarán que son lo suficientemente relevantes como para estudiar el dedicar complementos de terapia a trabajar aspectos considerados por la psicología positiva en estos pacientes?

Debido a estas cuestiones, podemos considerar que el Estudio 1 se encontraba limitado y requería continuidad con un segundo estudio. Primeramente, se trataba de un estudio iniciativo en CDV, TLP y variables intervinientes. Tenía objetivos que no buscaban abarcar un gran número de factores, sino plasmar la realidad de la CDV en el TLP y la relación con los rasgos desde una visión novedosa y haciendo un primer análisis del papel de una variable psicosocial positiva, y del posible deterioro de las fortalezas en estos pacientes. Asimismo, al encontrar muy mermada la CDV en el grupo TLP en comparación con el grupo de control, resultó necesario seguir profundizando para poder ofrecer soluciones adicionales a un problema que parecía requerir ser

tratado con urgencia, si se deseaba lograr que los pacientes pudieran llevar vidas satisfactorias con la mayor brevedad posible desde que comenzaran un tratamiento. Para responder a esta necesidad consideramos realizar el Estudio 2, en el que propondríamos un modelo más amplio y elaborado, basado en un análisis de la literatura ya disponible. Este estudio nos permitiría conocer el impacto del TLP en un mayor número de variables, incluyendo aquellos factores intermedios que podían estar afectados en estos pacientes debido a las características propias del trastorno, y a lo indicado en los pocos estudios que abordaban dichas variables y otras similares en relación al TLP. Escogimos aquellas variables psicosociales cuyo vínculo con la salud y la funcionalidad estaba bien documentado, y cuyas carencias en su desarrollo debido a los rasgos patológicos podrían, a la postre, dañar a las dimensiones de la CDV. Consideramos que la inclusión de nuevos factores en las relaciones estudiadas podría contribuir a extender tanto la descripción como la explicación del daño producido por el TLP en la CDV, con el objetivo de tomar las decisiones más apropiadas en relación a la detección y al tratamiento de esta patología.

En cuanto a las aportaciones del segundo estudio, primeramente, es relevante mencionar que al tratarse esta tesis de dos investigaciones que comparten una misma línea de trabajo, ambos estudios comparten ciertos méritos y aportaciones, aunque estos son más numerosos en el Estudio 2. Esto se debe a que se trata de un proyecto más extenso que, además, cuenta con la experiencia previa y la información de los resultados ya obtenidos, lo que nos permitió perfilar aquello que deseábamos estudiar y extraer conclusiones globales que toman en consideración todo el trabajo realizado.

Como principal aportación del Estudio 2, se podría destacar el que continuó ahondado dentro de una temática sobre la cual existen aún pocos estudios al respecto, los cuales, además, parecen abordar la calidad de vida en el TLP desde un mismo enfoque. En la literatura es posible encontrar estudios que describen la calidad de vida en pacientes con TLP, pero cuya intención, a diferencia de la de nuestro estudio, no es

arrojar luz sobre posibles mecanismos subyacentes que conducen a este déficit, sino únicamente dar cuenta de la severidad de ese deterioro y los ámbitos de la vida sobre los que incide (El-Gabalawy et al., 2010; Ishak et al., 2013; Lee et al., 2010). No obstante, dentro de los estudios de tipo descriptivo, consideramos que es importante, además, reconocer el mayor número de factores intervinientes en los problemas en CDV en el TLP, ya que esto otorga un valor añadido al estudio y enriquece lo que podemos extraer de él, al reflejar de manera más aproximada y exhaustiva la situación, conocimiento que, a la postre, permitirá incidir de forma más ajustada y efectiva en ella, lo cual solo pudimos hacer con una única variable en el estudio anterior y que aquí se desarrolló con múltiples variables, creando un estudio más rico.

Podemos encontrar utilidad en este enfoque más amplio, en primer lugar, a nivel teórico, al tener los resultados obtenidos implicaciones a la hora de construir modelos que describan de manera comprensiva la realidad del trastorno en el día a día de los pacientes, al trazar su impacto sobre los diferentes ámbitos de su calidad de vida a través de las variables estudiadas. En segundo lugar, tiene interés con respecto a la detección y al abordaje psicoterapéutico de la enfermedad.

En cuanto a su detección, los problemas en la calidad de vida relacionada con la salud, así como en la funcionalidad, que presenten una severidad y frecuencia reseñable y en una dirección similar a lo hallado en nuestra investigación, podrían considerarse como posibles indicadores de una disfuncionalidad en la salud mental del paciente, especialmente en aquello relativo a las patologías de la personalidad, ya que hemos podido constatar el gran deterioro en la CDV asociado al TLP. Asimismo, pacientes que informan de bajos niveles de optimismo, poca percepción de apoyo social por parte de su entorno, y que utilizan formas desadaptativas de afrontar el estrés, por presentar el individuo altos niveles del mismo, así como sus consecuencias, podrían ser derivados para ser valorados en una evaluación psicológica por un profesional de la salud mental. Este podrá discernir si sus rasgos de personalidad están actuando de manera

desadaptativa y dañina para el sujeto o si hay indicaciones de que así podría ser en un futuro, con el fin de abordar su condición y sus efectos, antes de que estos se cronifiquen y se enquisten o se agraven.

A este respecto, es importante recalcar que las variables psicosociales consideradas en este estudio como variables mediadoras (afrentamiento, optimismo disposicional y apoyo social percibido) tampoco han estado presentes, a nuestro conocimiento, en investigaciones con pacientes con TLP, ni comparadas sus medidas con un grupo de control. Únicamente, encontramos estudios que analizan estas variables en población TLP desde una perspectiva meramente descriptiva, obviando una posible correlación o efecto mediador o de otra naturaleza con problemas concomitantes en las dimensiones de la CDV (Agüero et al., 2014; Lazarus et al., 2016). En el caso del optimismo disposicional, no encontramos estudios que lo aborden directamente en relación al TLP. Esto puede deberse al hecho de que esta condición se ha estudiado en gran medida atendiendo a su vinculación a factores intrínsecamente patológicos o que poseen un cariz inherentemente negativo, como su comorbilidad con otras enfermedades tanto físicas como mentales (Sansone y Sansone, 2012; Yoshimatsu y Palmer, 2014), el deterioro en diferentes ámbitos de sus vidas, como las relaciones sociales (Lazarus et al., 2016), los sesgos en los que suelen caer estos pacientes (Baer et al., 2012), o la alta afectividad negativa presente en la enfermedad (Crowell et al., 2009). Como argumentaban Seligman y Csikszentmihalyi (2000), pioneros de la psicología positiva, ha existido en la psicología una prevalencia hacia la investigación de lo negativo, obviando lo que denominan la ciencia de la experiencia subjetiva positiva, la cual tendría como finalidad mejorar la calidad de vida y prevenir las patologías que surgen de una vida carente de sentido y estéril, al no desarrollar dichas variables positivas. Este sesgo negativo sigue vigente en la investigación de patologías como el TLP; ha predominado una perspectiva centrada hacia un único tipo de variables y no se ha investigado cómo actúa la enfermedad sobre aquellas pertenecientes al

ámbito de la psicología positiva, no relacionadas con la psicopatología, ni si el deterioro en estas variables tiene un rol en la CDV de estos pacientes. Conocer los factores involucrados en la relación entre CDV y TLP, sea cual sea la índole de éstos, pero, además, entender los mecanismos por los cuales actúan, analizando su rol y el alcance del mismo, es necesario si no queremos limitarnos a la descripción sin poder plantear direcciones de actuación en el futuro. En el caso de nuestro estudio, investigar el potencial papel como mediador de estas 3 variables nos permite descartar o retener aquellas que merezcan nuestra atención y trabajo en posibles complementos de terapia y conocer la relevancia que debemos darle a cada una.

Esta investigación, consecuentemente, tiene también un interés a nivel práctico pudiendo trasladar lo hallado al abordaje terapéutico de la enfermedad, abriendo camino a la investigación sobre la utilidad de complementar el tratamiento del Trastorno Límite potenciando variables de la psicología positiva. En este caso, junto al hecho de trabajar para reducir o controlar las manifestaciones o síntomas de la enfermedad a través de aquellas terapias que han demostrado validez empírica (Choi-kain et al., 2017), también se podrían desarrollar aquellas variables protectoras como las estudiadas, con el fin de preservar la calidad de vida del paciente. Esta complementariedad es viable, ya que estos factores psicosociales pueden ser tratados y modificados en terapia (Chang y Sanna, 2001; Shaler y Carr, 2009). El optimismo disposicional puede alterarse mediante el uso de la terapia cognitivo-conductual integrada, por vía de la detección y sustitución de los pensamientos pesimistas (Pretzer y Walsh, 2001). Se ha demostrado que los efectos del entrenamiento en la terapia cognitiva aumentan el optimismo y la afectividad positiva (Bryant, 2011). Por otro lado, también las estrategias de afrontamiento se pueden aprender y entrenar e incorporar al repertorio de afrontamiento al estrés del sujeto, y diversos programas de tratamiento ya incluyen este tipo de módulos (Buffart et al., 2020; Edraki et al., 2018; Grey et al., 1998). El estudio de Stanley et al. (2021) es ilustrativo del peso que podría tener incluir estos módulos en el tratamiento de pacientes

TLP, ya que ciertos tipos de afrontamiento reducen los pensamientos suicidas, uno de los síntomas de esta enfermedad, durante las crisis. Estudios como éste parecen indicar que el entrenamiento en afrontamiento y en otros aspectos psicosociales podría llegar a suponer grandes diferencias en los resultados de tratamiento que obtengan los pacientes.

Por último, el apoyo social percibido tampoco es una variable estática o resistente al cambio, se ha mostrado que se puede lograr un aumento del nivel de apoyo social percibido y que este conduce a su vez a un incremento en el nivel de resistencia ayudando a las personas a hacer frente a sus problemas y emociones (Nikmanesh y Honakzahi, 2016; Sirati-Nir et al., 2018). Podría, por lo tanto, ser útil trabajar tanto las cogniciones del sujeto sobre su red social como con las familias para que estas ofrezcan un apoyo más sólido.

Saber añadir los complementos adecuados a una terapia es especialmente importante en el caso de tratar una patología resistente como un trastorno de la personalidad. Se trata de un patrón inflexible, persistente y estable a lo largo del tiempo, de experiencias internas y comportamientos (APA, 2013) siendo, por ende, rígido e inherente al propio individuo. Por ello, al ser difícilmente abordable el tratar de forma directa la personalidad en sí, puede ser una estrategia oportuna el reducir el impacto de la enfermedad en la CDV a través del tratamiento de variables más flexibles, como las que hemos estudiado. Terapias como la dialéctica-conductual (Linehan, 1993), validada y usada ampliamente para el tratamiento del TLP, podrían beneficiarse de esta contribución (Warlick et al, 2018). Primeramente, puede ser útil para conseguir una mejora inicial en la CDV que reduzca el impacto de la sintomatología, mientras las terapias esquematizadas, que suelen ser tratamientos de larga duración (Choi-kain et al., 2017), empiezan a reflejar mejoras en la vida diaria del paciente. Estos tratamientos suelen ser largos, caros, están sujetos a altas tasas de interrupción y rara vez están disponibles para las personas con síntomas por debajo del umbral (Campbell y

Lakeman, 2020). También puede resultar útil en aquellos pacientes que no puedan permitirse asistir a tratamientos tan prolongados, que no presenten síntomas lo suficientemente agudos como para necesitar embarcarse en ellos, o que solo tienen acceso a profesionales no formados en este tipo de terapias. La potenciación de variables de psicología positiva puede ser ofrecida por terapeutas que no se han formado en programas estandarizados, lo que amplía el acceso a tratamientos que puedan ser efectivos para estos pacientes. El tratamiento de estas variables también puede ofrecerse en intervenciones de corte preventivo, a pacientes menores de edad o en aquellos que no presentan todos los criterios diagnósticos necesarios para ser diagnosticados de TLP, pero que, sin embargo, presentan cierto grado de disfuncionalidad y parecen candidatos a desarrollarlo de forma completa. Esto es especialmente importante si tenemos en cuenta que, como refleja el artículo de Baltzersen (2020), la intervención tardía del TLP tiene importantes consecuencias negativas a nivel individual y, de manera más amplia, a nivel social.

Teniendo en cuenta lo expuesto, no podemos obviar la importancia de los factores psicosociales analizados, ya que el efecto mediacional de al menos uno de estos factores resultó significativo en la gran mayoría de las subdimensiones de funcionalidad y CDV relacionada con la salud consideradas. No obstante, debemos recalcar el hecho de que, atendidas de forma individual, es posible que no produzcan suficiente impacto en la CDV de los pacientes. Potenciar este tipo de variables de forma conjunta como anexo o complemento de apoyo a programas con validez empírica podría tener un efecto de mayor repercusión adoptando un prisma similar, pero de manera completa y más extensa, a la terapia dialéctica-conductual, la cual incluye un módulo de *mindfulness*. Este enfoque se ha comprobado en estudios como el de Smedema y Bhattarai (2020). El propósito de este estudio era investigar el impacto de diversas fortalezas de carácter en la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple. Los resultados de este estudio apoyaron el desarrollo de intervenciones basadas en la

potenciación de un conjunto de fortalezas de los individuos con esta patología con el fin de mejorar su CDV.

Este tipo de módulos también se ha agregado al tratamiento de la depresión. Se realizó una intervención que consistía en un programa basado en ocho módulos que combinaba cuatro módulos de estrategias de terapia cognitivo-conductual y cuatro módulos basados en estrategias de psicología positiva. El afecto negativo y la ansiedad disminuyeron significativamente durante la aplicación de los módulos de terapia cognitivo-conductual y de psicología positiva. Sin embargo, la depresión y el afecto positivo mejoraron sólo después de la introducción de los módulos de psicología positiva. Los resultados sugieren que las técnicas de psicología positiva podrían tener un impacto en la sintomatología clínica, y enfatizan la necesidad de incluir estas técnicas para lograr un cambio más profundo en las medidas de funcionamiento positivo (Mira et al., 2018).

No obstante, mientras que las intervenciones de psicología positiva se han estudiado intensamente en los trastornos del estado de ánimo, apenas se ha examinado su uso en trastornos de la personalidad, aunque la literatura muestra su eficacia. Su revisión indica que pueden disminuir los síntomas del TLP, aumentar el bienestar y mejorar síntomas clínicos secundarios como la depresión y la ansiedad (Cobben, 2017).

Cabe señalar, por último, que esta perspectiva a la hora de entender el TLP se aleja del sesgo mencionado por Seligman y Csikszentmihalyi (2000) y adopta el enfoque holístico propuesto por la OMS (WHOQOL Group, 1996), el cual es más completo y oportuno para el tratamiento de la enfermedad mental, ya que entiende a la salud mental no solo como la ausencia de una patología psicológica sino como un estado de bienestar en el que el individuo se da cuenta de sus propias capacidades y mediante ellas puede hacer frente a las tensiones normales de la vida. Algo apoyado, de forma actual, por la propuesta híbrida dimensional-categorial de diagnóstico del *DSM-5* (APA, 2013), que

entiende la psicopatología desde la normalidad y la flexibilidad, valorando el grado y la forma de manifestación de rasgos de la personalidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aaronson N. K. (1988). Quality of life: what is it? How should it be measured? *Oncology*, 2(5), 69–64.
- Agüero, L., Rodríguez, M., Ibarra, O., De La Fuente., & Mangué, J.J. (2014). Estrategias de afrontamiento de una muestra de pacientes con trastorno límite de personalidad en terapia dialéctico-conductual. *Apuntes de Psicología*, 32(2), 103-106.
- Ait-Hadad, W., Bénard, M., Shankland, R., Kesse-Guyot, E., Robert, M., Touvier, M., Hercberg, S., Buscail, C., & Péneau, S. (2020). Optimism is associated with diet quality, food group consumption and snacking behavior in a general population. *Nutrition Journal*, 19(1), 6. <https://doi.org/10.1186/s12937-020-0522-7>
- Al-Dajani, M., Gralnick, T.M., & Bagby, R.M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM-V (PID-5): Current status and future directions. *Journal of Personality Assessment*, 98(1), 62-81. <https://doi.org/10.1080/00223891.2015.1107572>
- Alhurani, A. S., Dekker, R., Ahmad, M., Miller, J., Yousef, K. M., Abdulqader, B., Salami, I., Lennie, T. A., Randall, D. C., & Moser, D. K. (2018). Stress, cognitive appraisal, coping, and event free survival in patients with heart failure. *Heart & Lung: The Journal of Critical Care*, 47(3), 205–210. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.03.008>
- Alizadeh, T., Keshavarz, Z., Mirghafourvand, M., & Zayeri, F. (2017). Investigation of health promoting lifestyle and social support and their correlation among Iranian women with multiple sclerosis. *International Journal of Women's Health*, 6(2), 167-173. <https://doi.org/10.15296/ijwhr.2018.28>
- Allemand, M., Schaffhuser, K., & Martin, M. (2015). Long-term correlated change between personality traits and perceived social support in middle adulthood. *Personality & Social Psychology Bulletin*, 41(3), 420–432. <https://doi.org/10.1177/0146167215569492>
- Almas, A., Moller, J., Iqbal, R., & Forsell, Y. (2017). Effect of neuroticism on risk of cardiovascular disease in depressed persons - a Swedish population-based cohort study. *BMC Cardiovascular Disorders*, 17(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12872-017-0604-4>
- Alonso, J., Prieto, L. y Anto, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey

- (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104(20), 771-776.
- American Psychiatric Association. (1952) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (1st Edition).
- American Psychiatric Association. (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (2nd Edition) (DSM-II).
- American Psychiatric Association. (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Edition) (DSM-III).
- American Psychiatric Association. (1987), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Edition., Text Revision) (DSM-III-R).
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th Edition) (DSM-IV).
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th Edition., Text Revision) (DSM-IV-R).
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th Edition.) (DSM-5).
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *Journal of the American Psychiatric Association*, 158, 1–52.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890423363.54853>
- Anderson, J. L., Sellbom, M., & Salekin, R. T. (2018). Utility of the Personality Inventory for DSM-5-Brief Form (PID-5-BF) in the measurement of maladaptive personality and psychopathology. *Assessment*, 25(5), 596–607.
<https://doi.org/10.1177/1073191116676889>
- Angulo, S., Reales, J., Sandín, B., & Santed, M. (2019). Quality of life in people with spinal cord injury. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 24(2), 71-82.
<https://doi.org/10.5944/rppc.23114>
- Antičević, V., Šošić, S., & Britvić, D. (2019). Emotional competence and coping mechanisms in Croatian women with borderline personality disorder: The role of attachment. *Psychiatria Danubina*, 31(1), 88–94.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2019.88>
- Anupama V, Bhola, P., Thirthalli, J., & Mehta, U. M. (2018). Pattern of social cognition

- deficits in individuals with borderline personality disorder. *Asian Journal of Psychiatry*, 33(1), 105–112. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2018.03.010>
- Apaydin, Z. K., & Atagun, M. I. (2018). Relationship of functionality with impulsivity and coping strategies in bipolar disorder. *Düşünen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 31(1), 21–29. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2018310102>
- Aragonès, E., Salvador-Carulla, L., López, J., Ferrer, Ma., & Piñol, J. (2013). Prevalencia registrada del trastorno límite de personalidad en las bases de datos de atención primaria. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Arntz, A. R., Klimstra, T., & Vingerhoets, A. (2018). Different aspects of emotional intelligence of borderline personality disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 25(1), 51–59. <https://doi.org/10.1002/cpp.2126>
- Arntz, A., & ten Haaf, J. (2012). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for dichotomous thinking but no evidence for less complex attributions. *Behaviour Research and Therapy*, 50(11), 707–718. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.07.002>
- Arntz, A., Weertman, A., & Salet, S. (2011). Interpretation bias in Cluster-C and borderline personality disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 49(8), 472–481. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.002>
- Arrogante, O, Pérez-García, A.M., & Aparicio-Zaldívar, E.G. (2015). Bienestar psicológico en Enfermería: relaciones con resiliencia y afrontamiento. *Enfermería Clínica*, 25(2), 73-80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.12.009>
- Atienza, F.A., Pons, D., Balaguer, I., & García-Merita, M. (2000). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida en adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 314-319.
- Axelsson, M., Lötval, J., Cliffordson, C., Lundgren, J., & Brink, E. (2013). Self-efficacy and adherence as mediating factors between personality traits and health-related quality of life. *Quality of Life Research*, 22(3), 567–575. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0181-z>
- Azevedo, C., Pessalacia, J., Mata, L., Zoboli, E., & Pereira, M. (2017). Interface between social support, quality of life and depression in users eligible for palliative care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 51, e03245. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016038003245>
- Baer, R. A., Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Geiger, P. J., & Sauer, S. E. (2012).

- Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 32(5), 359–369. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.03.002>
- Bailey, R. C., & Grenyer, B. F. (2014). Supporting a person with personality disorder: a study of carer burden and well-being. *Journal of Personality Disorders*, 28(6), 796–809. https://doi.org/10.1521/pedi_2014_28_136
- Bal, M. D., & Sahin, N. H. (2011). The effects of personality traits on quality of life. *Menopause*, 18(12), 1309–1316. <https://doi.org/10.1097/gme.0b013e31821e2494>
- Baltzersen Å. L. (2020). Moving forward: closing the gap between research and practice for young people with BPD. *Current Opinion in Psychology*, 37(5), 77–81. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.08.008>
- Barnicot, K., & Crawford, M. (2019). Dialectical behaviour therapy v. mentalisation-based therapy for borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 49(12), 2060–2068. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002878>
- 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), 1173–1182. doi:10.1037/0022-3514.51.6.1173
- Barros, K. (2016). *Borderline personality disorder features, perceived social support, sleep disturbance, and rejection sensitivity*. [Masters Thesis, Arizona State University] Asu Library Digital Repository. <https://repository.asu.edu/items/38811>
- Bartels, N., & Crotty, T. (1998). *A systems approach to treatment: The borderline personality disorder skill training manual*. EID Treatment Systems.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355–1364. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539>
- Battle, C. L., Shea, M. T., Johnson, D. M., Yen, S., Zlotnick, C., Zanarini, M. C., Sanislow, C. A., Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Grilo, C. M., McGlashan, T. H., & Morey, L. C. (2004). Childhood maltreatment associated with adult personality disorders: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Personality Disorders*, 18(2), 193–211. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.2.193.32777>

- Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Auquier, P., Leroy, T., & Boyer, L. (2017). Assessment of coping: a new french four-factor structure of the brief COPE inventory. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0581-9>
- Beblo, T., Fernando, S., Kamper, P., Griepenstroh, J., Aschenbrenner, S., Pastuszek, A., Schlosser, N., & Driessen, M. (2013). Increased attempts to suppress negative and positive emotions in Borderline Personality Disorder. *Psychiatry Research*, 210(2), 505–509. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.06.036>
- Brandolim-Becker, N., de Jesus, S. N., Viseu, J. N., Stobäus, C. D., Guerreiro, M., & Domingues, R. B. (2018). Depression and quality of life in older adults: Mediation effect of sleep quality. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 8–17. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.10.002>
- Beeney, J. E., Hallquist, M. N., Clifton, A. D., Lazarus, S. A., & Pilkonis, P. A. (2018). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 9(1), 62-72. <https://doi.org/10.1037/per0000234>
- Bellino, S., Rinaldi, C. & Bogetto F. (2010). Adaptation of interpersonal psychotherapy to borderline personality disorder: A comparison of combined therapy and single pharmacotherapy. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(2), 74-81. <https://doi.org/10.1177/070674371005500203>
- Bellino, S., Rinaldi, C., Bozzatello, P. & Bogetto, F. (2011). Pharmacotherapy of borderline personality disorder: A systematic review for publication purpose. *Current Medical Chemistry*, 18(22), 3322-3329. <https://doi.org/10.2174/092986711796504682>
- Bennett, S. J., Perkins, S. M., Lane, K. A., Deer, M., Brater, D. C., & Murray, M. D. (2001). Social support and health-related quality of life in chronic heart failure patients. *Quality of Life Research*, 10(8), 671–682. <https://doi.org/10.1023/a:1013815825500>
- Ben-Zur, H. (2009). Coping styles and affect. *International Journal of Stress Management*, 16(2), 87-101. <https://doi.org/10.1037/a0015731>
- Bernard, J. (2014). *Coping strategies mediate the relationship between alexithymia and health*. [Doctoral Dissertation, University of New Mexico] University of New Mexico Digital Repository. https://digitalrepository.unm.edu/psy_etds/10
- Bijttebier, P., & Vertommen, H. (1999). Coping strategies in relation to personality

- disorders. *Personality and Individual Differences*, 26(5), 847–856.
[https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(98\)00187-1](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(98)00187-1)
- Billings, A.G., & Moos, R.H. (1981) The role of coping resources in attenuating the stress of life events. *Journal of Behavior Medicine*, 4(2), 139-157.
<https://doi.org/10.1007/BF00844267>
- Biskin R. S. (2015). The lifetime course of borderline personality disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(7), 303–308.
<https://doi.org/10.1177/070674371506000702>
- Biskin, R. S., Frankenburg, F. R., Fitzmaurice, G. M., & Zanarini, M. C. (2014). Pain in patients with borderline personality disorder. *Personality and Mental health*, 8(3), 218–227. <https://doi.org/10.1002/pmh.1265>
- Biskin, R. S., & Paris, J. (2012). Diagnosing borderline personality disorder. *Canadian Medical Association Journal*, 184(16), 1789–1794.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.090618>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal behavior in borderline personality disorder: Prevalence, risk Factors, prediction, and prevention. *Journal of Personality Disorders*, 18(3), 226–239.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468–478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Boehm, J. K., Chen, Y., Koga, H., Mathur, M. B., Vie, L. L., & Kubzansky, L. D. (2018). Is optimism associated with healthier cardiovascular-related behavior? Meta-analyses of 3 health behaviors. *Circulation Research*, 122(8), 1119–1134.
<https://doi.org/10.1161/CIRCRESAHA.117.310828>
- Boixadós, M., Pousada, M., Bueno, J., & Valiente, L. (2009). Quality of Life Questionnaire: Psychometric properties and relationships to healthy behavioral patterns. *The Open Psychology Journal*, 2(1), 49-57.
<https://doi.org/10.2174/1874350100902010049>
- Bolger, N., & Schilling, E. A. (1991). Personality and the problems of everyday life: the role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59(3), 355–386. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x>

- Bourdon, D.E., El-Baalbaki, G., Beaulieu-Prévost, D., Guay, S., Belleville, G., & Marchand, A. (2019). Personality beliefs, coping strategies and quality of life in a cognitive-behavioral therapy for post-traumatic stress disorder. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 100135. [10.1016/j.ejtd.2019.100135](https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.100135)
- Bourvis, N., Aouidad, A., Cabelguen, C., Cohen, D., & Xavier, J. (2017). How do stress exposure and stress regulation relate to borderline personality disorder? *Frontiers in Psychology*, 8(1), 2054. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02054>
- Bozzatello, P., Rocca, P., De Rosa, M. L., & Bellino, S. (2020). Current and emerging medications for borderline personality disorder: is pharmacotherapy alone enough? *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 21(1), 47–61. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1686482>
- Broekhof, R., Rius-Ottenheim, N., Spinhoven, P., van der Mast, R. C., Penninx, B. W., Zitman, F. G., & Giltay, E. J. (2015). Long-lasting effects of affective disorders and childhood trauma on dispositional optimism. *Journal of Affective Disorders*, 175, 351–358. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.022>
- Bryant, D. (2011). *Developing optimism: a cognitive-behavioural intervention to reduce stress*. [Dissertation Thesis, University of Edinburgh] Moray House PhD Thesis Collection. <http://hdl.handle.net/1842/7904>
- Buchanan, G. M., & Seligman, M. E. P. (Eds.). (1995). *Explanatory style*. Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Buffart, L., Schreurs, M.A.C., Abrahams, H.J.G., Kalter, J., Aaronson, N., Jacobsen, P.B., Newton, R., Courneya, K.S., Armes, J., Arving, C., Braamse, A., Brandberg, Y., Dekker, J., Ferguson, R., Gielissen, M.F., Glimelius, B., Goedendorp, M.M., Graves, K., Heiney, S...Verdonck-de Leeuw, I.M. (2020). Effects and moderators of coping skills training on symptoms of depression and anxiety in patients with cancer: Aggregate data and individual patient data meta-analyses. *Clinical Psychology Review*, 80, 101882. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101882>.
- Bukhari, S. R. (2020). Perceived social support and quality of life among patients with psychiatric disorders. *Rawal Medical Journal*, 45(3), 554-556.
- Burgal-Juanmartí, F., Segura-Bernal, J., Fernández Puig, V., Sánchez-Matas, M. (2019). Trastorno límite de la personalidad e inteligencia emocional en adolescentes institucionalizados. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 19(2), 229-238.
- Busch, F. (2008). *Psychoanalytic Inquiry book series. Mentalization: Theoretical*

considerations, research findings, and clinical implications. Analytic Press.

- Butler, J. C., Doherty, M. S., & Potter, R.M. (2007). Social antecedents and consequences of interpersonal rejection sensitivity. *Personality and Individual Differences, 43*(6), 1376-1385. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2007.04.006>
- Cackowski, S., Reitz, A., Ende, G., Kleindienst, N., Bohus, M., Schmahl, C., & Krause-Utz, A. (2014). Impact of stress on different components of impulsivity in borderline personality disorder. *Psychological Medicine, 44*(15), 3329-3340. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000427>
- Cailhol, L., Jeannot, M., Rodgers, R., Guelfi, J. D., Perez-Diaz, F., Pham-Scottez, A., Corcos, M., & Speranza, M. (2013). Borderline personality disorder and mental healthcare service use among adolescents. *Journal of Personality Disorders, 27*(2), 252–259. <https://doi.org/10.1521/pedi.2013.27.2.252>
- Calvo, N., Pueyo, N., Gutiérrez, F., Ferrer, M., Castro-Marrero, J., Alegre, J., Casas, M., Ramos-Quiroga, J.A., & Sáez-Francàs, N. (2018). Valoración dimensional de la personalidad en pacientes con Síndrome de Fatiga Crónica (SFC) con el Inventario de Personalidad del DSM-5 (PID-5). *Actas Españolas de Psiquiatría, 46*(4), 125-132.
- Campbell, G., Bruno, R., Darke, S., & Degenhardt, L. (2015). Associations of borderline personality with pain, problems with medications and suicidality in a community sample of chronic non-cancer pain patients prescribed opioids for pain. *General Hospital Psychiatry, 37*(5), 434–440. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2015.05.004>
- Campbell, K., & Lakeman, R. (2020). Borderline personality disorder: A case for the right treatment, at the right dose, at the right time. *Issues in Mental Health Nursing, 1–6*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1833119>
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. Behavioral Publications.
- Carlson, E. M., Cox, D. W., Kealy, D., Chapman, A. L., & Ogrodniczuk, J. S. (2020) Social role dysfunction and coping in borderline personality disorder. *Personality and Mental Health, 14*(2), 227– 239. <https://doi.org/10.1002/pmh.1476>
- Carver C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine, 4*(1), 92–100. https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of*

- Psychology*, 61(1), 679–704.
<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100352>
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2014). Dispositional optimism. *Trends in Cognitive Sciences*, 18(6), 293–299. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2014.02.003>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267–283. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267>
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 879–889. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.01.006>
- Chabowski, M., Jankowska-Polańska, B., Lomper, K., & Janczak, D. (2018). The effect of coping strategy on quality of life in patients with NSCLC. *Cancer Management and Research*, 10, 4085–4093. <https://doi.org/10.2147/CMAR.S175210>
- Chanen, A. M., & Kaess, M. (2012). Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 14(1), 45–53. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0242-y>
- Chang, E. C., & Sanna, L. J. (2001). Optimism, pessimism, and positive and negative affectivity in middle-aged adults: a test of a cognitive-affective model of psychological adjustment. *Psychology and Aging*, 16(3), 524–531. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.16.3.524>
- Charter R. A. (2003). Study samples are too small to produce sufficiently precise reliability coefficients. *The Journal of General Psychology*, 130(2), 117–129. <https://doi.org/10.1080/00221300309601280>
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What works in the treatment of borderline personality disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, 4(1), 21–30. <https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Chu, C., Victor, S. E., & Klonsky, E. D. (2016). Characterizing positive and negative emotional experiences in young adults with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 72(9), 956–965. <https://doi.org/10.1002/jclp.22299>
- Clifton, A., Pilkonis, P. A., & McCarty, C. (2007). Social networks in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 21(4), 434–441. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.4.434>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*,

- 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cobb-Clark, D., & Schurer, S. (2012). The stability of big-five personality traits. *Economics Letters*, 115 (1), 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.econlet.2011.11.015>.
- Cobben, C. (2017). *The role of positive psychology interventions in improving wellbeing and pathology in patients with borderline personality disorder: a systematic literature review*. [Master Thesis, Twente University]. University of Twente Repository. <http://purl.utwente.nl/essays/73694>
- Coelho, G., Vilar, R., Hanel, P., Monteiro, R., Ribeiro, M., & Gouveia, V. (2018). Optimism scale: Evidence of psychometric validity in two countries and correlations with personality. *Personality and Individual Differences*, 134, 245–251. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.06.030>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd Edition)*. Routledge.
- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*, 13(2), 99–125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310–357. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Cohn, M. A., Fredrickson, B. L., Brown, S. L., Mikels, J. A., & Conway, A. M. (2009). Happiness unpacked: positive emotions increase life satisfaction by building resilience. *Emotion*, 9(3), 361–368. <https://doi.org/10.1037/a0015952>
- Coifman, K. G., Berenson, K. R., Rafaeli, E., & Downey, G. (2012). From negative to positive and back again: Polarized affective and relational experience in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 668–679. <https://doi.org/10.1037/a0028502>
- Compare, A., Zarbo, C., Manzoni, G. M., Castelnuovo, G., Baldassari, E., Bonardi, A., Callus, E., & Romagnoni, C. (2013). Social support, depression, and heart disease: a ten year literature review. *Frontiers in Psychology*, 4(4), 384. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00384>
- Costa, D. C., Sá, M. J., & Calheiros, J. M. (2017). Social support network and quality of life in multiple sclerosis patients. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 75(5), 267–271. <https://doi.org/10.1590/0004-282X20170036>

- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (2010). Bridging the gap with the five-factor model. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 1(2), 127–130. <https://doi.org/10.1037/a0020264>
- Costa-Requena, G., Cantarell-Aixendri, M. C., Parramon-Puig, G., & Serón-Micas, D. (2014). Dispositional optimism and coping strategies in patients with a kidney transplant. *Nefrología*, 34(5), 605–610. <https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.11881>
- Cramer, V., Torgersen, S., & Kringlen, E. (2006). Personality disorders and quality of life. A population study. *Comprehensive Psychiatry*, 47(3), 178–184. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2005.06.002>
- Creed, P. A., Patton, W., & Bartrum, D. (2002). Multidimensional properties of the LOT-R: Effects of optimism and pessimism on career and well-being related variables in adolescents. *Journal of Career Assessment*, 10(1), 42–61. <https://doi.org/10.1177/1069072702010001003>
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297–334. <https://doi.org/10.1007/BF02310555>
- Crowell, S. E., Beauchaine, T. P., & Linehan, M. M. (2009). A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychological Bulletin*, 135(3), 495–510. <https://doi.org/10.1037/a0015616>
- Cruitt, P. J., & Oltmanns, T. F. (2019). Unemployment and the relationship between borderline personality pathology and health. *Journal of Research in Personality*, 82, 103863. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2019.103863>
- Cukrowicz, K. C., Franzese, A. T., Thorp, S. R., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Personality traits and perceived social support among depressed older adults. *Aging & Mental Health*, 12(5), 662–669. <https://doi.org/10.1080/13607860802343258>
- Culver, J. L., Carver, C. S., & Scheier, M. F. (2003). Dispositional optimism as a moderator of the impact of health threats on coping and well-being. En R. Jacoby & G. Keinan (Eds.), *Praeger series in health psychology. Between stress and hope: From a disease-centered to a health-centered perspective* (p. 27–55). Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Cutrona, C. E., & Suhr, J. A. (1992). Controllability of stressful events and satisfaction with spouse support behaviors. *Communication Research*, 19(2), 154–174. <https://doi.org/10.1177/009365092019002002>

- Daoud, J. (2017, August 8-9). *Multicollinearity and regression analysis*. [Paper presentation]. 4th International Conference on Mathematical Applications in Engineering, Kuala Lumpur, Malaysia. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/949/1/012009>.
- De Raad, B. (2000). *The Big Five Personality Factors: The psycholexical approach to personality*. Hogrefe & Huber Publishers.
- De Souza, A. C., Alexandre, N., & Guirardello, E. B. (2017). Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. *Epidemiologia e servicos de saude: revista do Sistema Unico de Saude do Brasil*, 26(3), 649–659. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742017000300022>
- Delisle, G. (2011). *Personality pathology. Developmental perspective*. Karnac Books, LTD.
- DeLongis, A., & Holtzman, S. (2005). Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality*, 73(6), 1633–1656. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x>
- Dent-Brown, K., & Wang, M. (2004). Pessimism and failure in 6-part stories: Indicators of borderline personality disorder? *The Arts in Psychotherapy*, 31(5), 321-333. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2004.09.001>.
- Díaz-Batanero, C., Ramírez-López, J., Domínguez-Salas, S., Fernández-Calderón, F., & Lozano, Ó. M. (2019). Personality Inventory for DSM-5-Short Form (PID-5-SF): Reliability, factorial structure, and relationship with functional impairment in dual diagnosis patients. *Assessment*, 26(5), 853–866. <https://doi.org/10.1177/1073191117739980>
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J. & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. En C. R. Snyder y S. J. Lopez (Ed.), *Handbook of positive psychology* (pp. 63–73). Oxford University Press.
- Diener, E., Pressman, S. D., Hunter, J., & Delgado-Chase, D. (2017). If, why, and when subjective well-being influences health, and future needed research. *Applied Psychology. Health and Well-Being*, 9(2), 133–167. <https://doi.org/10.1111/aphw.12090>
- Donisan, T., Bojincă, V. C., Dobrin, M. A., Bălănescu, D. V., Predeteanu, D., Bojincă, M.,

- Berghea, F., Opriș, D., Groșeanu, L., Borangiu, A., Constantinescu, C. L., Ionescu, R., & Bălănescu, A. R. (2017). The relationship between disease activity, quality of life, and personality types in rheumatoid arthritis and ankylosing spondylitis patients. *Clinical Rheumatology*, 36(7), 1511–1519. <https://doi.org/10.1007/s10067-017-3654-1>
- Douzenis, A., Tsopeles, C., & Tzeferakos, G. (2012). Medical comorbidity of cluster B personality disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(5), 398–404. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283558491>
- Durá, E. & Garcés, J. (1991). La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos, *International Journal of Social Psychology*, 6(2), 257-271. <https://doi.org/10.1080/02134748.1991.10821649>
- Edraki, M., Rambod, M., & Molazem, Z. (2018). The effect of coping skills training on depression, anxiety, stress, and self-efficacy in adolescents with diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 6(4), 324–333.
- Efklides, A., & Moraitou, D. (2013). *A positive psychology perspective on quality of life*. Springer.
- Eisenberg, S. A., Shen, B. J., Schwarz, E. R., & Mallon, S. (2012). Avoidant coping moderates the association between anxiety and patient-rated physical functioning in heart failure patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 35(3), 253–261. <https://doi.org/10.1007/s10865-011-9358-0>
- El-Gabalawy, R., Katz, L. Y., & Sareen, J. (2010). Comorbidity and associated severity of borderline personality disorder and physical health conditions in a nationally representative sample. *Psychosomatic Medicine*, 72(7), 641–647. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e3181e10c7b>
- Erdogan, B., Bauer, T. N., Truxillo, D. M., & Mansfield, L. R. (2012). Whistle while you work: A review of the life satisfaction literature. *Journal of Management*, 38(4), 1038–1083. <https://doi.org/10.1177/0149206311429379>
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: Recursos y limitaciones. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 32(3), 255-264. <https://doi.org/10.4067/S0718-48082014000300008>
- EuroQol Group (1990). EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16(3), 199–208. [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9)

- Evans, J.D. (1996). *Straightforward statistics for the behavioral sciences*. Brooks/Cole Publishing.
- Extremera, N., & Rey, L. (2016). Ability emotional intelligence and life satisfaction: Positive and negative affect as mediators. *Personality and Individual Differences*, *102*, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.06.051>
- Faasse, K., & Petrie, K.J. (2015). Stress, coping and health. In *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, (pp.551 – 555). Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08-097086-8.14133-9>
- Fairchild, A. J., Mackinnon, D. P., Taborga, M. P., & Taylor, A. B. (2009). R2 effect-size measures for mediation analysis. *Behavior Research Methods*, *41*(2), 486–498. <https://doi.org/10.3758/BRM.41.2.486>
- Fallon, P. (2003). Travelling through the system: the lived experience of people with borderline personality disorder in contact with psychiatric services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*(4), 393–401. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2850.2003.00617.x>
- Feldman, F. (2008). Whole life satisfaction concepts of happiness. *Theoria*, *74*, 219-238. <https://doi.org/10.1111/j.1755-2567.2008.00019.x>
- Feliu-Soler, A., Pascual, J.C., Soler, J., Pérez, V., Armario, A., Carrasco, J., Sanz, A., Villamarín, F., & Borràs, X. (2013). Emotional responses to a negative emotion induction procedure in borderline personality disorder. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *13*(1), 9-17. [https://doi.org/10.1016/S1697-2600\(13\)70002-4](https://doi.org/10.1016/S1697-2600(13)70002-4)
- Fergusson, D. M., McLeod, G. F., Horwood, L. J., Swain, N. R., Chapple, S., & Poulton, R. (2015). Life satisfaction and mental health problems (18 to 35 years). *Psychological Medicine*, *45*(11), 2427–2436. <https://doi.org/10.1017/S0033291715000422>
- Fernández-Guerrero, M.J, & Palacios-Vicario, B. (2017). El trastorno límite de personalidad en la producción científica publicada en revistas editadas en España. *Clínica y Salud*, *28*(3), 147-153. <https://dx.doi.org/10.1016/j.clysa.2017.05.002>
- Ferrando, P. J., Chico, E., & Tous, J. M. (2002). Propiedades psicométricas del test de optimismo Life Orientation Test [Psychometric properties of the "Life Orientation Test" (LOT)]. *Psicothema*, *14*(3), 673–680.

- Ferrer, M., Andi3n, 3., Calvo, N., Ramos-Quiroga, J. A., Prat, M., Corrales, M., & Casas, M. (2017). Differences in the association between childhood trauma history and borderline personality disorder or attention deficit/hyperactivity disorder diagnoses in adulthood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 267(6), 541–549. <https://doi.org/10.1007/s00406-016-0733-2>
- Few, L.R. (2012). *Validation of the proposed DSM-5-dimensional diagnosis system for personality disorders*. Georgia University. Recuperado de: https://getd.libs.uga.edu/pdfs/few_lauren_r_201308_phd.pdf
- Fidry, M., Zugliani, M. M., do Valle, C. R., Martins, R. M., Cabo, M. C. do Nardi, A. E., & Freire, R. C. (2019). Quality of life in panic disorder: The influence of clinical features and personality traits. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(4), 387–393. <https://doi-org.ezproxy.uned.es/10.1590/2237-6089-2019-0008>
- Finch, E. F., Iliakis, E. A., Masland, S. R., & Choi-Kain, L. W. (2019). A meta-analysis of treatment as usual for borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 10(6), 491–499. <https://doi.org/10.1037/per0000353>
- Finck, C., Barradas, S., Zenger, M., & Hinz, A. (2017). Quality of life in breast cancer patients: Associations with optimism and social support. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 18(1), 27-34. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.11.002>.
- First, M.B., Gibbon, M., Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Benjamin L.S. (1997). *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, (SCID-II)*. American Psychiatric Press, Inc.
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.11.004>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E., & Target, M. (2002) *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- 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. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0061-9>
- Fossati, A., Krueger, R. F., Markon, K. E., Borroni, S., & Maffei, C. (2013). Reliability and validity of the personality inventory for DSM-5 (PID-5): Predicting DSM-IV personality disorders and psychopathy in community-dwelling Italian adults.

- Assessment*, 20(6), 689–708. <https://doi.org/10.1177/1073191113504984>
- Fournier, M., De Ridder, D., & Bensing, J. (2002). Optimism and adaptation to chronic disease: The role of optimism in relation to self-care options of type 1 diabetes mellitus, rheumatoid arthritis and multiple sclerosis. *British Journal of Health Psychology*, 7(Part 4), 409–432. <https://doi.org/10.1348/135910702320645390>
- Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2004). The association between borderline personality disorder and chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and costly forms of health care utilization. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 65(12), 1660–1665. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n1211>
- Fredrickson B. L. (2004). The broaden-and-build theory of positive emotions. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, 359(1449), 1367–1378. <https://doi.org/10.1098/rstb.2004.1512>
- Frías, Á., & Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A review. *Psychopathology*, 48(1), 1–10. <https://doi.org/10.1159/000363145>
- Frick, C., Lang, S., Kotchoubey, B., Sieswerda, S., Dinu-Biringer, R., Berger, M., Vesper, S., Essig, M., & Barnow, S. (2012). Hypersensitivity in borderline personality disorder during mindreading. *PloS One*, 7(8), e41650. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0041650>
- Furnham, A., Milner, R., Akhtar, R., & De Fruyt, F. (2014). A review of the measures designed to assess DSM-5 personality disorders. *Psychology*, 5(14), 1646–1686. <https://doi.org/10.4236/psych.2014.514175>
- Gabal, S. (2017). Relationship between social support and the quality of life among psychiatric patients. *Port Said Scientific Journal of Nursing*, 4(1), 182-201. <https://doi.org/10.21608/pssjn.2017.33095>.
- Gallant M. P. (2003). The influence of social support on chronic illness self-management: A review and directions for research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170–195. <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>
- García, L.M., Martín, P.M. & Otín, R.L. (2010). Tratamiento integral del trastorno límite de personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2), 263-278. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352010000200005>
- Garrido, S., Méndez, I., & Abellán, J. (2013). Analysing the simultaneous relationship between life satisfaction and health-related quality of life. *Journal of Happiness Studies*, 14, 1813-1838. <https://doi.org/10.1007/s10902-012-9411-x>

- Giffin, J. (2008), Family experience of borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 29, 133-138. <https://doi.org/10.1375/anft.29.3.133>
- Gloria, C. T., & Steinhardt, M. A. (2016). Relationships Among Positive Emotions, Coping, Resilience and Mental Health. *Stress and Health*, 32(2), 145–156. <https://doi.org/10.1002/smi.2589>
- Glover, J., Dibble, S. L., Dodd, M. J., & Miaskowski, C. (1995). Mood states of oncology outpatients: does pain make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2), 120–128. [https://doi.org/10.1016/0885-3924\(94\)00073-t](https://doi.org/10.1016/0885-3924(94)00073-t)
- Goldberg, L. R. (1990). An alternative "description of personality": The Big-Five factor structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(6), 1216–1229. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.59.6.1216>
- González, S., Fernández, C., Pérez, J., & Amigo, I. (2006). Prevención secundaria de la depresión en atención primaria. *Psicothema*, 18(3), 471-477.
- Gordon, P., Feldman, D., Crose, R., & Shoen, E. (2002). The paper of the religious belief in facing chronic disease. *Counseling and Values*, 46 (3), 162-174. <https://doi.org/10.1002/j.2161-007X.2002.tb00210.x>
- Grambal, A., Prasko, J., Kamaradova, D., Latalova, K., Holubova, M., Sedláčková, Z., & Hruby, R. (2016). Quality of life in borderline patients comorbid with anxiety spectrum disorders - a cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1421–1433. <https://doi.org/10.2147/PPA.S108777>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Grant, N., Wardle, J., & Steptoe, A. (2009). The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine*, 16(3), 259–268. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9032-x>
- Grey, M., Boland, E. A., Davidson, M., Yu, C., Sullivan-Bolyai, S., & Tamborlane, W. V. (1998). Short-term effects of coping skills training as adjunct to intensive therapy in adolescents. *Diabetes Care*, 21(6), 902–908.

<https://doi.org/10.2337/diacare.21.6.902>

- Groth, N., Schnyder, N., Kaess, M., Markovic, A., Rietschel, L., Moser, S., Michel, C., Schultze-Lutter, F., & Schmidt, S. (2019). Coping as a mediator between locus of control, competence beliefs, and mental health: A systematic review and structural equation modelling meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *121*, 103442. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2019.103442>.
- Gruber-Baldini, A. L., Ye, J., Anderson, K. E., & Shulman, L. M. (2009). Effects of optimism/pessimism and locus of control on disability and quality of life in Parkinson's disease. *Parkinsonism & Related Disorders*, *15*(9), 665–669. <https://doi.org/10.1016/j.parkreldis.2009.03.005>
- Guilera, G., Gómez-Benito, J., Pino, Ó., Rojo, E., Vieta, E., Cuesta, M. J., Purdon, S. E., Bernardo, M., Crespo-Facorro, B., Franco, M., Martínez-Arán, A., Safont, G., Tabarés-Seisdedos, R., Rejas, J., & Spanish Working Group in Cognitive Function (2015). Disability in bipolar I disorder: the 36-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Journal of Affective Disorders*, *174*, 353–360. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.028>
- Gunderson, J. G., Kolb, J. E., & Austin, V. (1981). The diagnostic interview for borderline patients. *The American Journal of Psychiatry*, *138*(7), 896–903. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.7.896>
- Gunderson, J. G., & Links, P. S. (2008). *Borderline personality disorder: A clinical guide* (2nd ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.
- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: A review. *Current Opinion in Psychology*, *21*, 127–131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- Gunderson, J. G., Stout, R. L., McGlashan, T. H., Shea, M. T., Morey, L. C., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Markowitz, J. C., Sanislow, C., Ansell, E., Pinto, A., & Skodol, A. E. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. *Archives of General Psychiatry*, *68*(8), 827–837. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gustems-Carnicer, J., Calderón, C., & Forn-Santacana, M. (2017). Psychometric properties of the Life Orientation Test (LOT-R) and its relationship with psychological well-being and academic progress in college students. *Revista Latinoamericana de Psicología*, *49*(1), 19-27.

- Gutiérrez, F., Aluja, A., Peri, J. M., Calvo, N., Ferrer, M., Baillés, E., Gutiérrez-Zotes, J. A., Gárriz, M., Caseras, X., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Psychometric properties of the Spanish PID-5 in a clinical and a community sample. *Assessment, 24*(3), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1073191115606518>
- Hadi, M. A., McHugh, G. A., & Closs, S. J. (2019). Impact of chronic pain on patients' quality of life: A comparative mixed-methods study. *Journal of Patient Experience, 6*(2), 133–141. <https://doi.org/10.1177/2374373518786013>
- Hallquist, M. N., Hall, N. T., Schreiber, A. M., & Dombrovski, A. Y. (2018). Interpersonal dysfunction in borderline personality: A decision neuroscience perspective. *Current Opinion in Psychology, 21*, 94–104. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.09.011>
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic Physician, 9*(9), 5212–5222. <https://doi.org/10.19082/5212>
- Hawkins, A. A., Furr, R. M., Arnold, E. M., Law, M. K., Mneimne, M., & Fleeson, W. (2014). The structure of borderline personality disorder symptoms: A multi-method, multi-sample examination. *Personality Disorders, 5*(4), 380–389. <https://doi.org/10.1037/per0000086>
- Hayes, A. F. (2013). *Methodology in the social sciences. Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Press.
- Helgeson V. S. (2003). Social support and quality of life. *Quality of Life Research, 12*(1), 25–31. <https://doi.org/10.1023/a:1023509117524>
- Hendryx, M., Green, C. A., & Perrin, N. A. (2009). Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, 36*(3), 320–329. <https://doi.org/10.1007/s11414-008-9151-1>
- Hernández, R. L., & Ramírez, M. T. G. (2009). Propiedades psicométricas de la versión española del test de optimismo revisado (LOT-R) en una muestra de personas con fibromialgia. *Ansiedad y Estrés, 15*(1), 111–117.
- Heyworth, I. T., Hazell, M. L., Linehan, M. F., & Frank, T. L. (2009). How do common chronic conditions affect health-related quality of life? *The British Journal of General Practice, 59*(568), e353–e358. <https://doi.org/10.3399/bjgp09X453990>
- Hicks, B. M., Clark, D. A., & Durbin, C. E. (2017). Person-centered approaches in the

- study of personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(4), 288–297. <https://doi.org/10.1037/per0000212>
- Hill, J., Pilkonis, P., Morse, J., Feske, U., Reynolds, S., Hope, H., Charest, C., & Broyden, N. (2008). Social domain dysfunction and disorganization in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 38(1), 135–146. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001626>
- Hirsch, J. K., Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2007). Optimism and suicide ideation among young adult college students. *Archives of Suicide Research*, 11(2), 177–185. <https://doi.org/10.1080/13811110701249988>
- Hobfoll, S. E., & Stokes, J. P. (1988). *The process and mechanics of social support*. In S. Duck, D. F. Hay, S. E. Hobfoll, W. Ickes, & B. M. Montgomery (Eds.), *Handbook of personal relationships: Theory, research and interventions* (p. 497–517). John Wiley & Sons
- Hoermann, S., Zupanick, C.E. y Dombeck, M. (2015). DSM-5: The Ten Personality Disorders: Cluster B. *Mental help*. <https://www.mentalhelp.net/articles/dsm-5-the-ten-personality-disorders-cluster-b/>
- Holmes J. (2003). Borderline personality disorder and the search for meaning: an attachment perspective. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37(5), 524–531. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2003.01232.x>
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(2), 424–432. <https://doi.org/10.1037/a0026656>
- Horiuchi, S., Tsuda, A., Aoki, S., Yoneda, K., & Sawaguchi, Y. (2018). Coping as a mediator of the relationship between stress mindset and psychological stress response: A pilot study. *Psychology Research and Behavior Management*, 11, 47–54. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S150400>
- Hosseinkhanzadeh, A. & Taher, M. (2013). The relationship between personality traits with life satisfaction. *Sociology Mind*, 3(1), 99-105. <https://doi.org/10.4236/sm.2013.31015>.
- Howard, S., Creaven, A. M., Hughes, B. M., O'Leary, É. D., & James, J. E. (2017). Perceived social support predicts lower cardiovascular reactivity to stress in older adults. *Biological Psychology*, 125, 70–75. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2017.02.006>
- Huang, I. C., Lee, J. L., Ketheeswaran, P., Jones, C. M., Revicki, D. A., & Wu, A. W.

- (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PloS One*, 12(3), e0173806. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173806>
- Hupcey J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. *Journal of Advanced Nursing*, 27(6), 1231–1241. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.01231.x>
- Hussain, M. M., Khalily, M. T., & Ahmad, I. (2020). Effects of internalizing problems on quality of life among cardiac patients: mediating role of coping strategies. *JPMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*, 70(1), 64–69. <https://doi.org/10.5455/JPMA.2033>
- Ioannou, M., Kassianos, A. P., & Symeou, M. (2019). Coping with depressive symptoms in young adults: Perceived social support protects against depressive symptoms only under moderate levels of stress. *Frontiers in Psychology*, 9, 2780. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02780>
- IsHak, W. W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N. I., Nashawati, R., Cassmassi, B., & Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21(3), 138–150. <https://doi.org/10.1097/HRP.0b013e3182937116>
- James, G., Witten, D., Hastie, T., & Tibshirani, R. (2013). *An introduction to statistical learning: With applications in R*. Springer.
- James, P., Kim, E. S., Kubzansky, L. D., Zevon, E. S., Trudel-Fitzgerald, C., & Grodstein, F. (2019). Optimism and healthy aging in women. *American Journal of Preventive Medicine*, 56(1), 116–124. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2018.07.037>
- Jamieson, J. P., Mendes, W. B., & Nock, M. K. (2013). Improving acute stress responses: The power of reappraisal. *Current Directions in Psychological Science*, 22(1), 51–56. <https://doi.org/10.1177/0963721412461500>
- Javaras, K. N., Zanarini, M. C., Hudson, J. I., Greenfield, S. F., & Gunderson, J. G. (2017). Functional outcomes in community-based adults with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 105–114. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.01.010>
- Jenkinson, C., Wright, L., & Coulter, A. (1994). Criterion validity and reliability of the SF-36 in a population sample. *Quality of Life Research*, 3(1), 7–12. <https://doi.org/10.1007/BF00647843>
- Jeung, H. & Herpertz, S. C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: Empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47(4), 220–274

234. <https://doi.org/10.1159/000357191>

- Johnson, B. N., Lumley, M. A., Cheavens, J. S., & McKernan, L. C. (2020). Exploring the links among borderline personality disorder symptoms, trauma, and pain in patients with chronic pain disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *135*, <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110164>
- Jovev M. (2006). Processing and responding to social stimuli in borderline personality disorder: A selective review. *Acta Neuropsychiatrica*, *18*(6), 327–328. <https://doi.org/10.1017/S0924270800032191>
- Jowett, S., Karatzias, T., & Albert, I. (2020). Multiple and interpersonal trauma are risk factors for both post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: A systematic review on the traumatic backgrounds and clinical characteristics of comorbid post-traumatic stress disorder/borderline personality disorder groups versus single-disorder groups. *Psychology and Psychotherapy*, *93*(3), 621–638. <https://doi.org/10.1111/papt.12248>
- Juhl, A. A., Damsgaard, T. E., O'Connor, M., Christensen, S., & Zachariae, R. (2017). Personality traits as predictors of quality of life and body image after breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery. Global open*, *5*(5), e1341. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001341>
- Kaess, M., Fischer-Waldschmidt, G., Resch, F., & Koenig, J. (2017). Health related quality of life and psychopathological distress in risk taking and self-harming adolescents with full-syndrome, subthreshold and without borderline personality disorder: rethinking the clinical cut-off? *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *4*, 7. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0058-4>
- Kaiser, H. F. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*(1), 31–36. <https://doi.org/10.1007/BF02291575>
- Kam, C., & Meyer, J. P. (2012). Do optimism and pessimism have different relationships with personality dimensions? A re-examination. *Personality and Individual Differences*, *52*(2), 123–127. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.09.011>
- Kasser, S. L., & Zia, A. (2020). Mediating role of resilience on quality of life in individuals with multiple sclerosis: A structural equation modeling approach. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, *101*(7), 1152–1161. <https://doi.org/10.1016/j.apmr.2020.02.010>
- Kavanagh, B. E., Stuart, A. L., Berk, M., Turner, A., Dean, O. M., Pasco, J. A., Jackson, H. J., Koivumaa-Honkanen, H., Chanen, A. M., & Williams, L. J. (2020).

- Personality disorder increases risk of low quality of life among women with mental state disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 102, 152193. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2020.152193>
- Kealy, D., Cox, D. W., & Rice, S. M. (2020). Borderline personality features and impeded personal growth initiative: The importance of dispositional optimism. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00255-7>
- Kelloniemi, H., Ek, E., & Laitinen, J. (2005). Optimism, dietary habits, body mass index and smoking among young Finnish adults. *Appetite*, 45(2), 169–176. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2005.05.001>
- Kelly, T. M., Soloff, P. H., Lynch, K. G., Haas, G. L., & Mann, J. J. (2000). Recent life events, social adjustment, and suicide attempts in patients with major depression and borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 316–326. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.4.316>
- Kernberg, O. F., Burnstein, E., Coyne, L., Appelbaum, A., Horowitz, L., & Voth, H. (1972). Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 36, 1–275
- Kernberg, O.F. & Foelsch, P.A. (2011). Modelo de la psicoterapia centrada en la transferencia en la modificación de adolescentes. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51-52, 7-40.
- Kernberg, O. F., & Michels, R. (2009). Borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(5), 505–508. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09020263>
- Keuroghlian, A. S., Frankenburg, F. R., & Zanarini, M. C. (2013). The relationship of chronic medical illnesses, poor health-related lifestyle choices, and health care utilization to recovery status in borderline patients over a decade of prospective follow-up. *Journal of Psychiatric Research*, 47(10), 1499–1506. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2013.06.012>
- Khalil, A. A., & Abed, M. A. (2014). Perceived social support is a partial mediator of the relationship between depressive symptoms and quality of life in patients receiving hemodialysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(2), 114–118. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.11.007>
- Kilby, C., Sherman, K., & Wuthrich, V. (2018). Towards understanding interindividual differences in stressor appraisals: A systematic review. *Personality and Individual Differences*

- Differences*, 135, 92-100. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2018.07.001>
- Knaak, S., Szeto, A., Fitch, K., Modgill, G., & Patten, S. (2015). Stigma towards borderline personality disorder: effectiveness and generalizability of an anti-stigma program for healthcare providers using a pre-post randomized design. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 2(1), 9. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0030-0>
- Knafo, A., Labelle, R., Guilé, J.M., Belloncle, V., Mille, C., Mirkovic, B., Cohen, D., Gerardin, P., & Breton, J.J. (2014). Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 62(7), 431-436. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.002>
- Koekkoek, B., van Meijel, B., & Schene, A. (2009). Clinical problems in community mental health care for patients with severe borderline personality disorder. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 508-516. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9259-7>
- Kolla, N. J., Chiuccariello, L., Wilson, A. A., Houle, S., Links, P., Bagby, R. M., McMMain, S., Kellow, C., Patel, J., Rekkas, P. V., Pasricha, S., & Meyer, J. H. (2016). Elevated monoamine oxidase-A distribution volume in borderline personality disorder is associated with severity across mood symptoms, suicidality, and cognition. *Biological Psychiatry*, 79(2), 117-126. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2014.11.024>
- Kondrat, D. C., Sullivan, W. P., Wilkins, B., Barrett, B. J., & Beerbower, E. (2018). The mediating effect of social support on the relationship between the impact of experienced stigma and mental health. *Stigma and Health*, 3(4), 305-314. <https://doi.org/10.1037/sah0000103>
- Kong, L. N., Hu, P., Yao, Y., & Zhao, Q. H. (2019). Social support as a mediator between depression and quality of life in Chinese community-dwelling older adults with chronic disease. *Geriatric Nursing*, 40(3), 252-256. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2018.10.014>
- Kööts-Ausmees, L. y Realo, A. (2015). The association between life satisfaction and self-reported health status in Europe. *European Journal of Personality*, 29(6), 647-657. <https://doi.org/10.1002/per.2037>
- Korn, C. W., La Rosée, L., Heekeren, H. R., & Roepke, S. (2016). Processing of information about future life events in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 246, 719-724. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.07.067>

- Koster, N., de Maat, D. A., Schreur, M., & van Aken, M. A. G. (2018). How borderline personality characteristics affect adolescents' life satisfaction: The role of rejection sensitivity and social relations. *European Journal of Developmental Psychology, 15*(5), 594–607. <https://doi.org/10.1080/17405629.2017.1321983>
- Kronström, K., Karlsson, H., Nabi, H., Oksanen, T., Salo, P., Sjösten, N., Virtanen, M., Pentti, J., Kivimäki, M., & Vahtera, J. (2011). Optimism and pessimism as predictors of work disability with a diagnosis of depression: A prospective cohort study of onset and recovery. *Journal of Affective Disorders, 130*(1-2), 294–299. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2010.10.003>
- Krueger, R. F., & Eaton, N. R. (2015). Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatry, 14*(1), 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- Kulacaoglu, F., & Kose, S. (2018). Borderline Personality Disorder (BPD): In the midst of vulnerability, chaos, and awe. *Brain Sciences, 8*(11), 201. <https://doi.org/10.3390/brainsci8110201>
- Lara, M. D., Bermúdez, J. & Pérez-García, A. M. (2013). Positivity, coping style and consumption of tobacco and alcohol in adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology, 11*(2), 345-366. <http://dx.doi.org/10.14204/ejrep.30.13036>
- Latalova, K, Ociskova, M., Prasko, J., Sedlackova, Z. & Kamaradova, D. (2015). If you label me, go with your therapy somewhere! Borderline personality disorder and stigma. *European Psychiatry, 30*(2), 1520. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)31175-5](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)31175-5)
- Laurensen, E. M., Eeren, H. V., Kikkert, M. J., Peen, J., Westra, D., Dekker, J. J., & Busschbach, J. J. (2016). The burden of disease in patients eligible for mentalization-based treatment (MBT): quality of life and costs. *Health and Quality of Life Outcomes, 14*(1), 145. <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0538-z>
- Lazarus, S. (2015). *Social network stability in borderline personality disorder: A longitudinal analysis*. [Thesis Dissertation, Ohio State University]. Semantic Scholar. <https://etd.ohiolink.edu/>
- Lazarus R. S. (1993). Coping theory and research: past, present, and future. *Psychosomatic Medicine, 55*(3), 234–247. <https://doi.org/10.1097/00006842-199305000-00002>
- Lazarus, R. S. (1996). The role of coping in the emotions and how coping changes over the life course. En C. Magai & S. H. McFadden (Eds.), *Handbook of emotion*,

- adult development, and aging* (pp. 289–306). Academic Press.
<https://doi.org/10.1016/B978-012464995-8/50017-0>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Pub. Co.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos*. Ediciones Martínez Roca.
- Lazarus, S. A., Beeney, J. E., Howard, K. P., Strunk, D. R., Pilkonis, P. A., & Cheavens, J. S. (2020). Characterization of relationship instability in women with borderline personality disorder: A social network analysis. *Personality Disorders, 11*(5), 312–320. <https://doi.org/10.1037/per0000380>
- Lazarus, S. A., & Cheavens, J. S. (2017). An examination of social network quality and composition in women with and without borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment, 8*(4), 340-348. <http://dx.doi.org/10.1037/per0000201>
- Lazarus, S. A., Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2016). Do borderline personality disorder features and rejection sensitivity predict social network outcomes over time? *Personality and Individual Differences, 100*, 62–67. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.02.032>
- Lee, H., Bienvenu, J., Cho, S., Ramsey, C., Bandeen-Roche, K., Eaton, W.W. & Nestadt, G. (2010). Personality disorders and traits as predictors of incident cardiovascular disease: Findings from the 23-year follow-up of the Baltimore ECA Study. *Psychosomatics: Journal of Consultation Liaison Psychiatry, 51*(4), 289-296. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(10\)70699-X](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(10)70699-X)
- Lee, L. O., James, P., Zevon, E. S., Kim, E. S., Trudel-Fitzgerald, C., Spiro, A., 3rd, Grodstein, F., & Kubzansky, L. D. (2019). Optimism is associated with exceptional longevity in 2 epidemiologic cohorts of men and women. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America, 116*(37), 18357–18362. <https://doi.org/10.1073/pnas.1900712116>
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet, 377*(9759), 74–84. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61422-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5)
- Leppänen, V., Kärki, A., Saariaho, T., Lindeman, S., & Hakko, H. (2015). Changes in schemas of patients with severe borderline personality disorder: The Oulu BPD study. *Scandinavian Journal of Psychology, 56*(1), 78–85. <https://doi.org/10.1111/sjop.12172>

- Leung, J., Pachana, N. A., & McLaughlin, D. (2014). Social support and health-related quality of life in women with breast cancer: A longitudinal study. *Psycho-oncology*, 23(9), 1014–1020. <https://doi.org/10.1002/pon.3523>
- Liebke, L., Bungert, M., Thome, J., Hauschild, S., Gescher, D. M., Schmahl, C., Bohus, M., & Lis, S. (2017). Loneliness, social networks, and social functioning in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 8(4), 349–356. <https://doi.org/10.1037/per0000208>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioural treatment of borderline personality disorder*. Guilford Publications, Inc.
- Linley, P.A., & Joseph, S. (2004). *Positive psychology in practice*. John Wiley & Sons.
- Lo Buono, V., Corallo, F., Bramanti, P., & Marino, S. (2017). Coping strategies and health-related quality of life after stroke. *Journal of Health Psychology*, 22(1), 16–28. <https://doi.org/10.1177/1359105315595117>
- Lombardo, P., Jones, W., Wang, L., Shen, X., & Goldner, E. M. (2018). The fundamental association between mental health and life satisfaction: results from successive waves of a Canadian national survey. *BMC Public Health*, 18(1), 342. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5235-x>
- Londoño, C., & Velasco, M. (2015). Estilo de afrontamiento, optimismo disposicional, depresión, imagen corporal, IMC, y riesgo de TCA como predictores de calidad de vida relacionada con la salud. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9(2), 35-47.
- Loranger, A. W. (1995). *Personality Disorder Examination (IPDE) Manual*. DV Communications.
- Macía, P., Barranco, M., Gorbeña, S., & Iraurgi, I. (2020). Expression of resilience, coping and quality of life in people with cancer. *PLoS ONE*, 15(7), e0236572. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0236572>
- Mackenzie, K. R. (1987). Using personality measurements in clinical practice. En P. T. Costa & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the Five Factor Model of Personality* (pp. 237-250). American Psychological Association.
- Mackinnon D. P. (2011). Integrating Mediators and Moderators in Research Design. *Research on Social Work Practice*, 21(6), 675–681. <https://doi.org/10.1177/1049731511414148>

- MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*, 593–614. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542>
- MacKinnon, D. P. (2008). *Multivariate applications series. Introduction to statistical mediation analysis*. Taylor & Francis Group/Lawrence Erlbaum Associates.
- McMain S. F. (2015). Advances in the treatment of borderline personality disorder: An introduction to the special issue. *Journal of Clinical Psychology*, *71*(8), 741–746. <https://doi.org/10.1002/jclp.22201>
- Malkoç, A. (2011). Quality of life and subjective well-being in undergraduate students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, *15*, 2843-2847. <https://doi.org/2843-2847>. 10.1016/j.sbspro.2011.04.200
- Marco, J. H., García-Alandete, J., Pérez, S., & Botella, C. (2014). El sentido de la vida como variable mediadora entre la depresión y la desesperanza en pacientes con trastorno límite de la personalidad. *Behavioral Psychology*, *22*(2), 293-305. <http://hdl.handle.net/10234/120322>
- Martínez-González, J., Albein-Urios, N., Lozano-Rojas, O., & Verdejo-García, A. (2014). Aspectos diferenciales del riesgo de abandono al inicio del tratamiento de la adicción a la cocaína en pacientes con trastornos de la personalidad. *Adicciones*, *26*(2), 116-125. <http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.13>
- Marton, G., Monzani, D., Vergani, L., Pizzoli, S. F. M., & Pravettoni, G. (2020). “Optimism is a strategy for making a better future”: A systematic review on the associations of dispositional optimism with health-related quality of life in cancer patients. *European Psychologist*. Advance online publication. <http://dx.doi.org/10.1027/1016-9040/a000422>
- Melrose, K., Brown, G., & Wood, A.M. (2015). When is received social support related to perceived support and well-being? When it is needed. *Personality and Individual Differences*, *77*(1), 97-105. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.12.047>.
- Meyer, B. (2001). Coping with severe mental illness: Relations of the Brief COPE with symptoms, functioning, and well-being. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *23*(4), 265–277. <https://doi.org/10.1023/A:1012731520781>
- Miller, J. D., Morse, J. Q., Nolf, K., Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2012). Can DSM-IV borderline personality disorder be diagnosed via dimensional personality traits? Implications for the DSM-5 personality disorder proposal. *Journal of Abnormal*

- Psychology*, 121(4), 944–950. <https://doi.org/10.1037/a0027410>
- Millon, T. (2004). *Personality disorders in modern life*. John Wiley & Sons.
- Millon, T., & Davis, R.O. (1996). *Disorders of personality: DSM-IV and beyond (2nd Ed.)*. John Wiley & Sons.
- Mira, A., Bretón-López, J., Enrique, Á., Castilla, D., García-Palacios, A., Baños, R., & Botella, C. (2018). Exploring the incorporation of a positive psychology component in a cognitive behavioral Internet-based program for depressive symptoms. Results throughout the intervention process. *Frontiers in Psychology*, 9, 2360. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02360>
- Morán, C., Landero, R. & González, M.T. (2010). *COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552.
- Morey, L. C., & Hopwood, C. J. (2013). Stability and change in personality disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 499–528. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185637>
- Moritz, S., Schilling, L., Wingenfeld, K., Köther, U., Wittekind, C., Terfehr, K., & Spitzer, C. (2011). Psychotic-like cognitive biases in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 42(3), 349–354. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2011.02.003>
- Mulkana, S. S., & Hailey, B. J. (2001). The role of optimism in health-enhancing behavior. *American Journal of Health Behavior*, 25(4), 388–395. <https://doi.org/10.5993/ajhb.25.4.4>
- Müller, M.L. (2014). *The development of life satisfaction: does personality matter? A five year longitudinal study*. [Master Thesis, University of Twente]. University of Twente Repository. [https://essay.utwente.nl/64907/1/M%C3%BCller,%20ML%20-%20s0163465%20\(verslag\).pdf](https://essay.utwente.nl/64907/1/M%C3%BCller,%20ML%20-%20s0163465%20(verslag).pdf)
- Mundfrom, D. J., Shaw, D. G., & Ke, T. L. (2005). Minimum sample size recommendations for conducting factor analyses. *International Journal of Testing*, 5(2), 159–168. https://doi.org/10.1207/s15327574ijt0502_4
- Nagaraja, A. S., Sadaoui, N. C., Dorniak, P. L., Lutgendorf, S. K., & Sood, A. K. (2016). SnapShot: Stress and disease. *Cell Metabolism*, 23(2), 388–388. <https://doi.org/10.1016/j.cmet.2016.01.015>

- Nes, L. S. (2016). *Optimism, pessimism, and stress*. En G. Fink (Ed.), *Handbook of stress: Vol. 1. Stress: Concepts, cognition, emotion, and behavior* (p. 405–411). Elsevier Academic Press.
- Nes, L.S., & Segerstrom, S. (2016). Optimism, motivation, and mental health. *Encyclopedia of Mental Health*. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-397045-9.00047-1>.
- Nikmanesh, Z., & Honakzahi, F. (2016). Examining perceived social support, positive affection, and spirituality, as resilience factors, among boys of drug-dependent fathers. *Shiraz E-Medical Journal*, 17(12), e42200. <https://doi.org/10.17795/semj42200>.
- Nitzburg, G. C., Russo, M., Cuesta-Díaz, A., Ospina, L., Shanahan, M., Pérez-Rodríguez, M., McGrath, M., & Burdick, K. E. (2016). Coping strategies and real-world functioning in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 198, 185–188. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.028>
- Okun, M. A., Stock, W. A., Haring, M. J., & Witter, R. A. (1984). Health and subjective well-being: A meta-analysis. *International Journal of Aging & Human Development*, 19(2), 111–132. <https://doi.org/10.2190/QGJN-0N81-5957-HAQD>
- Oldham, J.M. (2005). *Guideline watch: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder*. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/foc.3.3.396>.
- Oldham, J. M. (2015). The alternative DSM-5 model for personality disorders. *World Psychiatry*, 14(2), 234–236. <https://doi.org/10.1002/wps.20232>
- Oldham, M.J. y Morris, L.B. (1995). *Autorretrato de la personalidad*. Susaeta Ediciones S.A.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento: Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Meditor.
- Organización mundial de la salud (2004). *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: summary report*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42940>
- Ozbay, F., Johnson, D. C., Dimoulas, E., Morgan, C. A., Charney, D., & Southwick, S. (2007). Social support and resilience to stress: from neurobiology to clinical practice. *Psychiatry (Edgmont)*, 4(5), 35–40.

- Paggeot, A. (2016). *Understanding urgency in borderline personality disorder: disinhibition or impulsive emotion regulation?* [Doctoral dissertation, Eastern Michigan University]. Digital Commons. <https://commons.emich.edu/theses/855>
- Pais-Ribeiro, J., da Silva, A. M., Meneses, R. F., & Falco, C. (2007). Relationship between optimism, disease variables, and health perception and quality of life in individuals with epilepsy. *Epilepsy & Behavior, 11*(1), 33–38. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2007.04.010>
- Paris J. (2010). Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of Personality Disorders, 24*(4), 405–411. <https://doi.org/10.1521/pedi.2010.24.4.405>
- Pavot, W., & Diener, E. (1993). The affective and cognitive context of self-reported measures of subjective well-being. *Social Indicators Research, 28*(1), 1–20. <https://doi.org/10.1007/BF01086714>
- Perczek, R., Carver, C. S., Price, A. A., & Pozo-Kaderman, C. (2000). Coping, mood, and aspects of personality in Spanish translation and evidence of convergence with English versions. *Journal of Personality Assessment, 74*(1), 63–87. <https://doi.org/10.1207/S15327752JPA740105>
- Pereira-Morales, A. J., Adan, A., Lopez-Leon, S., & Forero, D. A. (2018). Personality traits and health-related quality of life: the mediator role of coping strategies and psychological distress. *Annals of General Psychiatry, 17*, 25. <https://doi.org/10.1186/s12991-018-0196-0>
- Pérez-García, A.M. (2008). Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997). Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. UNED.
- Pérez-García, A. M. & Bermúdez, J. (2011). Introducción al estudio de la personalidad: Unidades de análisis. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García, J. Ruiz, P. Sanjuán y B. Rueda, *Psicología de la Personalidad* (pp. 25-68). UNED.
- Pérez-García, A. M., Ruiz, M. A., Sanjuán, P. & Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Stress and Health, 27*, e252-e260. <http://dx.doi.org/10.1002/smi.1378>.
- Pérez-Rojas, J. E., & del Pilar Torres-Arreola, L. (2012). La discapacidad por enfermedad vascular cerebral. Apoyo social para la rehabilitación. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 50*(3), 249–254.

- Perseus, K. I., Andersson, E., Asberg, M., & Samuelsson, M. (2006). Health-related quality of life in women patients with borderline personality disorder. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(3), 302–307. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2006.00408.x>
- Peters, J. R., Eisenlohr-Moul, T. A., Upton, B. T., Talavera, N. A., Folsom, J. J., & Baer, R. A. (2017). Characteristics of repetitive thought associated with borderline personality features: A multimodal investigation of ruminative content and style. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 39(3), 456–466. <https://doi.org/10.1007/s10862-017-9594-x>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028–1039. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.61.6.1028>
- Pocnet, C., Dupuis, M., Congard, A. & Jopp, D. (2017). Personality and its links to quality of life: Mediating effects of emotion regulation and self-efficacy beliefs. *Motivation and Emotion*, 41(2), 196–208. <https://doi.org/10.1007/s11031-017-9603-0>
- Poreh, A. M., Rawlings, D., Claridge, G., Freeman, J. L., Faulkner, C., & Shelton, C. (2006). The BPQ: A scale for the assessment of borderline personality based on DSM-IV criteria. *Journal of Personality Disorders*, 20(3), 247–260. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.3.247>
- Powers, A.D. & Oltmanns, T.F. (2013a). Personality pathology as a risk factor for negative health perception. *Journal of Personality Disorders*, 27(3), 359-370. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_083
- Powers, A.D. & Oltmanns, T.F. (2013b). Borderline personality pathology and chronic health problems in later adulthood: The mediating role of obesity. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 4(2), 152–159. <https://doi.org/10.1037/a0028709>
- Pretzer, J. L., & Walsh, C. A. (2001). Optimism, pessimism, and psychotherapy: Implications for clinical practice. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 321–346). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10385-015>
- Price, P., Jhangiani, R., & Chiang, I. (2016). *Research methods of psychology – 2nd Canadian Edition*. BCcampus. <https://opentextbc.ca/researchmethods/>.

- Quenneville, A. F., Badoud, D., Nicastro, R., Jermann, F., Favre, S., Kung, A. L., Euler, S., Perroud, N., & Richard-Lepouriel, H. (2020). Internalized stigmatization in borderline personality disorder and attention deficit hyperactivity disorder in comparison to bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 262(1), 317–322. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.053>
- Quilty, L.C., Ayerst, L., Chmielewski, M., Pollock, B.G. & Bagby, R.M. (2013). The psychometric properties of the Personality Inventory for DSM-5 in an APA DSM-5 field trial sample. *Assessment*, 20(3), 362-369. doi: 10.1177/1073191113486183
- Ramírez, P. M. & Maturana, S. L. (2012). Factores asociados a la satisfacción vital en adultos mayores de 60 años. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 11(33), 407-427. <https://doi.org/10.4067/S0718-65682012000300020>
- Ramírez-Maestre, C., Esteve, R., & López, A. E. (2012). The role of optimism and pessimism in chronic pain patients adjustment. *The Spanish Journal of Psychology*, 15(1), 286–294. https://doi.org/10.5209/rev_sjop.2012.v15.n1.37335
- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23a ed.).
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89>
- Rebok, F, Teti, G.L., Fantini, A.P., Cárdenas-Delgado, C., Rojas, S.M., Derito, M.N. & Daray, F.M. (2015). Types of borderline personality disorder (BPD) in patients admitted for suicide-related behavior. *Psychiatric Quarterly*, 86(1), 49-60. <https://doi.org/10.1007/s11126-014-9317-3>
- Reed, D. J. (2016). Coping with occupational stress: The role of optimism and coping flexibility. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 71-79. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S97595>
- Remor, E., Amorós, M., & Carrobes, J. (2006). El optimismo y la experiencia de ira en relación con el malestar físico. *Anales de Psicología*, 22(1), 37-44.
- Requena, C., López, V., & Ortiz, T. (2009). Satisfaction with life related to functionality in active elderly people. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 37(2), 61–67.
- Reuman, L. R., Mitamura, C., & Tugade, M. M. (2013). Coping and disability. En M. L. Wehmeyer (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of positive psychology and disability* (pp. 91-104). Oxford University Press.

- Reynolds, C. J., & Tragesser, S. L. (2019). Borderline Personality Disorder Features Are Associated with Concurrent Pain-Related Disability in a Chronic Pain Sample. *Pain Medicine*, 20(2), 233–245. <https://doi.org/10.1093/pm/pny052>
- Rezai, O., Dolatshahi, B., Tavakoli., H., & Parsi, K. (2016, July 9). *Quality of life in female adults with borderline personality disorder* [Paper presentation]. International conference on research in science and technology, London, United Kingdom. <https://www.sid.ir/en/seminar/ViewPaper.aspx?id=26220>
- Ribeiro, Í., Pereira, R., Freire, I.V., Oliveira, B.G., Casotti, C.A., & Boery, E.N. (2017). Stress and quality of life among university students: A systematic literature review. *Health Professions Education*, 4(2), 70-77. <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002>
- Rissanen, T., Viinamäki, H., Lehto, S. M., Hintikka, J., Honkalampi, K., Saharinen, T., & Koivumaa-Honkanen, H. (2013). The role of mental health, personality disorders and childhood adversities in relation to life satisfaction in a sample of general population. *Nordic Journal of Psychiatry*, 67(2), 109–115. <https://doi.org/10.3109/08039488.2012.687766>
- Riveros, F. & Vinaccia-Alpi, S. (2017). Relación entre variables sociodemográficas, patogénicas y salutogénicas, con la calidad de vida en estudiantes universitarios colombianos. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(3), 229-241. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.3.2017.16330>
- Rodríguez-Sánchez, E., Pérez-Peñaranda, A., Losada-Baltar, A., Pérez-Arechaederra, D., Gómez-Marcos, M. Á., Patino-Alonso, M. C., & García-Ortiz, L. (2011). Relationships between quality of life and family function in caregiver. *BMC Family Practice*, 12(1), 19. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-12-19>
- Roohafza, H. R., Afshar, H., Keshteli, A. H., Mohammadi, N., Feizi, A., Taslimi, M., & Adibi, P. (2014). What's the role of perceived social support and coping styles in depression and anxiety? *Journal of Research in Medical Sciences*, 19(10), 944–949.
- Ross, L. T., Lutz, C. J., & Lakey, B. (1999). Perceived social support and attributions for failed support. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 25(7), 896–908. <https://doi.org/10.1177/0146167299025007011>
- Ruiz de Alegría-Fernández de Retana, B., Basabe-Barañano, N., & Saracho-Rotaeché, R. (2013). Coping mechanisms as a predictor for quality of life in patients on dialysis: a longitudinal and multi-centre study. *Nefrología*, 33(3), 342–354.

<https://doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2013.Feb.11771>

- Ruiz, M. A. & Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire": A generic health-related quality of life instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9(1), 19-32.
- Saeed, T., Niazi, G.S.K. & Almas, S. (2011). Type-D personality: a predictor of quality of life and coronary heart disease. *EMHJ - Eastern Mediterranean Health Journal*, 17(1), 46-50. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/118077>
- Sahler, O., & Carr, J. (2009). *Coping strategies*. En H. Feldman (Ed). *Developmental-behavioral pediatrics*, (pp.491-496) <https://doi.org/10.1016/B978-1-4160-3370-7.00050-X>.
- Saldanha-Silva, R., Nunes, F. L., de Rezende, H. A., & Mansur-Alves, M. (2019). Maladaptive beliefs as mediators of the relationship between personality traits and borderline personality disorder symptoms. *Estudos de Psicologia*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/1982-0275201936e180016>
- Salgado, R. M., Pedrosa, R., & Bastos-Leite, A. J. (2020). Dysfunction of empathy and related processes in borderline personality disorder: A systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 28(4), 238–254. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000260>
- Sánchez, R., Montes, S., & Somerstein, L. (2019). Inventario de Personalidad para el DSM-5: propiedades psicométricas en población argentina. Estudio preliminar. *Interdisciplinaria*, 37(1), 7-8, <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.20649.44647>.
- Sandín, B., Chorot, P. & Valiente, R.M. (2012). Transdiagnóstico: Nueva frontera en psicología clínica. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17(3), 181-185. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11839>
- Sanjuán, P. & Pérez-García, A. M. (2003). Personalidad y vida afectiva I: afectos positivos. En J. Bermúdez, A. M. Pérez-García y P. Sanjuán, *Psicología de la Personalidad: Teoría e Investigación. Volumen II* (pp. 21-54). Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2010). Emotional hyper-reactivity in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 7(9), 16–20.
- Sansone, R.A. & Sansone, L.A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20.

- Sansone, R. A. & Sansone, L. A. (2012). Chronic pain syndromes and borderline personality. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 9(1), 10–14.
- Scalzo, F., Hulbert, C. A., Betts, J. K., Cotton, S. M., & Chanen, A. M. (2018). Substance use in youth with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 32(5), 603–617. https://doi.org/10.1521/pedi_2017_31_315
- Scheiderer, E. M., Wang, T., Tomko, R. L., Wood, P. K., & Trull, T. J. (2016). Negative affect instability among individuals with comorbid borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychological Science*, 4(1), 67–81. <https://doi.org/10.1177/2167702615573214>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4(3), 219–247. <https://doi.org/10.1037//0278-6133.4.3.219>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, 2(1), 26–30. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.ep10770572>
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2018). Dispositional optimism and physical health: A long look back, a quick look forward. *The American Psychologist*, 73(9), 1082–1094. <https://doi.org/10.1037/amp0000384>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery, and self-esteem): a reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(6), 1063–1078. <https://doi.org/10.1037//0022-3514.67.6.1063>
- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (2001). Optimism, pessimism, and psychological well-being. En E. C. Chang (Ed.), *Optimism & pessimism: Implications for theory, research, and practice* (pp. 189–216). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10385-009>
- Schou, I., Ekeberg, Ø., Ruland, C. M., Sandvik, L., & Kåresen, R. (2004). Pessimism as a predictor of emotional morbidity one year following breast cancer surgery. *Psycho-oncology*, 13(5), 309–320. <https://doi.org/10.1002/pon.747>
- Schou, I., Trond, H., Skogstad, L., Bonsaksen, T., Lerdal, A., Grimholt, T., & Ekeberg, Ø. (2017). Population-based norms of the Life Orientation Test–Revised (LOT-R). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 17(3), 216–224. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.07.005>
- Schueller, S. M., & Seligman, M. E. P. (2008). Optimism and pessimism. En K. S. Dobson

- & D. J. A. Dozois (Eds.), *Risk factors in depression* (pp. 171–194). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-08-045078-0.00008-3>
- Schuermann, B., Kathmann, N., Stiglmayr, C., Renneberg, B., & Endrass, T. (2011). Impaired decision making and feedback evaluation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 41(9), 1917–1927. doi:10.1017/S003329171000262X
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
- Searle, B. J., & Auton, J. C. (2015). The merits of measuring challenge and hindrance appraisals. *Anxiety, Stress, and Coping*, 28(2), 121–143. <https://doi.org/10.1080/10615806.2014.931378>
- Selby E. A. (2013). Chronic sleep disturbances and borderline personality disorder symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 81(5), 941–947. <https://doi.org/10.1037/a0033201>
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. W. H. Freeman
- Seligman, M. E., Abramson, L. Y., Semmel, A., & von Baeyer, C. (1979). Depressive attributional style. *Journal of Abnormal Psychology*, 88(3), 242–247. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.88.3.242>
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology. An introduction. *The American Psychologist*, 55(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.55.1.5>
- Sempertegui, G. A., Karreman, A., Arntz, A., & Bekker, M. H. (2013). Schema therapy for borderline personality disorder: A comprehensive review of its empirical foundations, effectiveness and implementation possibilities. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 426–447. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.11.006>
- Seyedi-Asl, S. T., Sadeghi, K., Bakhtiari, M., Ahmadi, S. M., Nazari-Anamagh, A., & Khayatan, T. (2016). Effect of group positive psychotherapy on improvement of life satisfaction and the quality of life in infertile woman. *International Journal of Fertility & Sterility*, 10(1), 105–112. <https://doi.org/10.22074/ijfs.2016.4775>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of borderline personality disorder: Current status and future directions. *The Psychiatric Clinics of North America*, 290

- 41(4), 583–593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Shariq, S., & Siddiqui, D. (2019). Impact of personality traits on life satisfaction and organisational embeddedness with moderating effect of community embeddedness: Evidence from Pakistan. *SSRN Electronic Journal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3444124>.
- Sharpe, J., Martin, N., & Roth, K.A. (2011). Optimism and the Big Five factors of personality: Beyond neuroticism and extraversion. *Personality and Individual Differences*, 51(8), 946–951. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.07.033>
- Shepperd, J., Pogge, G., & Howell, J. (2016). Assessing the consequences of unrealistic optimism: Challenges and recommendations. *Consciousness and Cognition*, 50, 69–78. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.07.004>
- Sher, L., Rutter, S. B., New, A. S., Siever, L. J., & Hazlett, E. A. (2019). Gender differences and similarities in aggression, suicidal behaviour, and psychiatric comorbidity in borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 139(2), 145–153. <https://doi.org/10.1111/acps.12981>
- Sherry, B.S., Law, A., Hewitt, P.L., Flett, G.L., Besser, A. (2008). Social support as a mediator of the relationship between perfectionism and depression: A preliminary test of the social disconnection model. *Personality and Individual Differences*, 45 (5), 339–344. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.05.001>.
- Sieswerda, S., Arntz, A., & Wolfis, M. (2005). Evaluations of emotional noninterpersonal situations by patients with borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36(3), 209–225. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.05.004>
- Silva, H., Villarroel, J., Iturra, P., Jerez, S., Bustamante, M.L., Montes, C., & Fuentes, M. (2011). Association between 5-HTTLPR and neuroticism in borderline personality disorder. *European Psychiatry*, 26(1), 816. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72521-4](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72521-4).
- Sirati-Nir, M., Khaghanizade, M., Rahimi, A., Khazaei, M., & Ghadirian, F. (2018). The effect of social support skill-training group intervention on perceived social support in veterans with posttraumatic stress disorder. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 23(4), 272–276. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_165_16
- Skodol, A. E., Clark, L. A., Bender, D. S., Krueger, R. F., Morey, L. C., Verheul, R., Alarcon, R. D., Bell, C. C., Siever, L. J., & Oldham, J. M. (2011). Proposed

- changes in personality and personality disorder assessment and diagnosis for DSM-5 Part I: Description and rationale. *Personality Disorders*, 2(1), 4–22. <https://doi.org/10.1037/a0021891>
- Skodol, A. E., Pagano, M. E., Bender, D. S., Shea, M. T., Gunderson, J. G., Yen, S., Stout, R. L., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., & McGlashan, T. H. (2005). Stability of functional impairment in patients with schizotypal, borderline, avoidant, or obsessive-compulsive personality disorder over two years. *Psychological Medicine*, 35(3), 443–451. <https://doi.org/10.1017/s003329170400354x>
- Sleuwaegen, E., Claes, L., Luyckx, K., Berens, A., Vogels, C., & Sabbe, B. (2017). Subtypes in borderline patients based on reactive and regulative temperament. *Personality and Individual Differences*, 108, 14–19. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.11.065>
- Smedema, S. M., & Bhattarai, M. (2020). The unique contribution of character strengths to quality of life in persons with multiple sclerosis. *Rehabilitation Psychology*. <https://doi-org.ezproxy.uned.es/10.1037/rep0000363>
- Šmigelskas, K., Žemaitienė, N., Julkunen, J., & Kauhanen, J. (2015). Type A behavior pattern is not a predictor of premature mortality. *International Journal of Behavioral Medicine*, 22(2), 161–169. <https://doi.org/10.1007/s12529-014-9435-1>
- Smith, T. W., Glazer, K., Ruiz, J. M., & Gallo, L. C. (2004). Hostility, anger, aggressiveness, and coronary heart disease: an interpersonal perspective on personality, emotion, and health. *Journal of Personality*, 72(6), 1217–1270. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.2004.00296.x>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Bales, D. L., de 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. <https://doi.org/10.1186/s40479-017-0066-4>
- Smyth, N., Siriwardhana, C., Hotopf, M., & Hatch, S. L. (2015). Social networks, social support and psychiatric symptoms: social determinants and associations within a multicultural community population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(7), 1111–1120. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0943-8>
- Sobel, M. E. (1982). *Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models*. En S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology* (pp. 290-312). Jossey-

Bass.

- Southward, M. W., & Cheavens, J. S. (2020). Quality or quantity? A multistudy analysis of emotion regulation skills deficits associated with borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 11(1), 24–35. <https://doi.org/10.1037/per0000357>
- Souza, É.L., Grassi-Oliveira, R., Brietzke, E., Sanvicente-Vieira, B., Daruy-Filho, L., & Moreno, R. (2014). Influence of personality traits in coping skills in individuals with bipolar disorder. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 41(4), 95-100. <http://dx.doi.org/10.1590/0101-60830000000019>
- Stanley, B., Martínez-Alés, G., Gratch, I., Rizk, M., (2020). Coping strategies that reduce suicidal ideation: An ecological momentary assessment study. *Journal of Psychiatric Research*, 133, 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.12.012>.
- Stanley, B., & New, A.S. (Eds.) (2018). *Primer on. Borderline personality disorder*. Oxford University Press.
- Steca, P., Monzani, D., Greco, A., Chiesi, F., & Primi, C. (2015). Item response theory analysis of the life orientation test-revised: age and gender differential item functioning analyses. *Assessment*, 22(3), 341–350. <https://doi.org/10.1177/1073191114544471>
- Stepp, S. D., & Pilkonis, P. A. (2008). Age-related differences in individual DSM criteria for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22(4), 427–432. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.4.427>
- Stepp, S. D., Pilkonis, P. A., Yaggi, K. E., Morse, J. Q., & Feske, U. (2009). Interpersonal and emotional experiences of social interactions in borderline personality disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(7), 484–491. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181aad2e7>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stevenson, C., & Williams, L. (2014). Type D personality, quality of life and physical symptoms in the general population: A dimensional analysis. *Psychology & Health*, 29(3), 365–373. <https://doi.org/10.1080/08870446.2013.856433>
- Stoffers, J. M., & Lieb, K. (2015). Pharmacotherapy for borderline personality disorder--current evidence and recent trends. *Current Psychiatry Reports*, 17(1), 534. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0534-0>

- Stoffers, J. M., Völlm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., & Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2012(8), CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Strine, T. W., Chapman, D. P., Balluz, L. S., Moriarty, D. G., & Mokdad, A. H. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33(1), 40–50. <https://doi.org/10.1007/s10900-007-9066-4>
- Suikkanen, J. (2011). An improved whole life satisfaction theory of happiness. *International Journal of Wellbeing*, 1(1), 149-166. <https://doi.org/10.5502/ijw.v1i1.6>.
- Suls, J., & Bunde, J. (2005). Anger, anxiety, and depression as risk factors for cardiovascular disease: the problems and implications of overlapping affective dispositions. *Psychological Bulletin*, 131(2), 260–300. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.131.2.260>
- Swickert, R.K., Hittner, J., & Foster, A. (2010). Big Five traits interact to predict perceived social support. *Personality and Individual Differences*, 48(6), 736-741. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.01.018>.
- Thatchett, G.T., & Park, H.L. (2004). Relationships among optimism, coping styles, psychopathology, and counseling outcome. *Personality and Individual Differences*, 36(8), 1755-1769. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.07.014>
- Thomas, C. L., Cassady, J. C., & Heller, M. L. (2017). The influence of emotional intelligence, cognitive test anxiety, and coping strategies on undergraduate academic performance. *Learning and Individual Differences*, 55, 40–48. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2017.03.001>
- Tindle, H. A., Chang, Y. F., Kuller, L. H., Manson, J. E., Robinson, J. G., Rosal, M. C., Siegle, G. J., & Matthews, K. A. (2009). Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative. *Circulation*, 120(8), 656–662. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of borderline personality disorder in a community sample: comorbidity, treatment utilization, and general functioning. *Journal of Personality Disorders*, 28(5), 734–750. https://doi.org/10.1521/pedi_2012_26_093
- Torres-Soto, Juan F, Moya-Faz, Francisco J, Giner-Alegría, Cesar A, & Oliveras-

- Valenzuela, Maria A. (2019). Inventario PID-5, perfil dimensional del DSM-5 para orientar el diagnóstico y las necesidades terapéuticas en los trastornos de personalidad. *Anales de Psicología*, 35(1), 47-57. Epub November 02, 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.333191>
- Touhami, M., Ouriaghli, F., Manoudi, F. & Asri, F. (2011). Borderline personality and quality of life. *European Psychiatry*, 26(1), 1044. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(11\)72749-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(11)72749-3).
- Turan, G. B., Aksoy, M., & Çiftçi, B. (2019). Effect of social support on the treatment adherence of hypertension patients. *Journal of Vascular Nursing*, 37(1), 46–51. <https://doi.org/10.1016/j.jvn.2018.10.005>
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the "ghosts" of research past, present, and future. *Social Science & Medicine* (1982), 74(7), 949–957. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.023>
- Uchino, B. N., Vaughn, A. A., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012b). Social support and immunity. En S. C. Segerstrom (Ed.), *Oxford library of psychology. The Oxford handbook of psychoneuroimmunology* (pp. 214–233). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195394399.013.0012>
- Udayar, S., Urbanaviciute, I., & Rossier, J. (2020). Perceived social support and Big Five personality traits in middle adulthood: a 4-year cross-lagged path analysis. *Applied Research Quality Life*, 15(2), 395–414. <https://doi.org/10.1007/s11482-018-9694-0>
- Usta Y. Y. (2012). Importance of social support in cancer patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 13(8), 3569–3572. <https://doi.org/10.7314/apjcp.2012.13.8.3569>
- Ustün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., Saxena, S., von Korff, M., Pull, C., & WHO/NIH Joint Project (2010). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. <https://doi.org/10.2471/BLT.09.067231>
- Vallejo, B., & Pérez-García, A.M. (2015). Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología*, 31(2), 462-471. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.2.176631>
- Vallejo-Sánchez, B., & Pérez-García, A.M. (2016). Estrés vital: variables psicológicas y

- sociodemográficas predictoras del malestar emocional. *Acción Psicológica*, 13(1), 159-178. <http://dx.doi.org/10.5944/ap.13.1.16150>
- Vallejo, B., & Pérez-García, A.M. (2017). The role of personality and coping in adjustment disorder. *Clinical Psychologist*, 21(3), 245-251. <http://dx.doi.org/10.1111/cp.12064>
- Van Straten, A., Cuijpers, P., van Zuuren, F. J., Smits, N., & Donker, M. (2007). Personality traits and health-related quality of life in patients with mood and anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 16(1), 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11136-006-9124-x>
- Van Asselt, A. D., Dirksen, C. D., Arntz, A., Giesen-Bloo, J. H., & Severens, J. L. (2009). The EQ-5D: A useful quality of life measure in borderline personality disorder? *European Psychiatry*, 24(2), 79–85. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2008.11.001>
- Van Dyke, B., Kim, M. & Thorn, B. (2018). Longitudinal relationships between perceived social support and quality-of-life among patients with chronic pain. *The Journal of Pain*, 19(3), S39. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2017.12.109>.
- Vargas-Manzanares, S. P., Herrera-Olaya, G. P., Rodríguez-García, L., & Sepúlveda-Carrillo, G.J. (2010). Confiabilidad del cuestionario Brief COPE Inventory en versión en español para evaluar estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de seno. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*, 12(1), 7-24.
- Varni, S. E., Miller, C. T., McCuin, T., & Solomon, S. E. (2012). Disengagement and engagement coping with HIV/AIDS stigma and psychological well-being of people with HIV/AIDS. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 31(2), 123–150. <https://doi.org/10.1521/jscp.2012.31.2.123>
- Vázquez-Barquero, J.L., Vázquez Bourgón, E., Herrera Castanedo, S., Saiz, J., Uriarte, M., Morales, F., Gaité, L., Herrán, A., Lastra, I., Bedirhan-Ustun, T., & Grupo Cantabria en discapacidades. (2000). Versión en lengua española de un nuevo cuestionario de evaluación de discapacidades de la OMS (WHO-DAS-II): fase inicial de desarrollo y estudio piloto. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 28(2), 77-87.
- Verheul R. (2005). Clinical utility of dimensional models for personality pathology. *Journal of Personality Disorders*, 19(3), 283–302. <https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.3.283>
- Victor, S. E., Johnson, S. L., & Gotlib, I. H. (2011). Quality of life and impulsivity in bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 13(3), 303–309. <https://doi.org/10.1111/j.1399->

5618.2011.00919.x

- Videler, A. C., Hutsebaut, J., Schulken, J., Sobczak, S., & van Alphen, S. (2019). A life span perspective on borderline personality disorder. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 51. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1040-1>
- Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Gaietá, P.M., Quintana, J.M., Santed, R., Valderas, J.M., Ribera, A., Domingo-Salvany, A., & Alonso, J. (2005). El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*, 19(2), 135-150. <https://doi.org/10.1590/S0213-91112005000200007>
- Vilhena, E., Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R. F., Cardoso, H., Silva, A. M., & Mendonça, D. (2014). Optimism on quality of life in Portuguese chronic patients: moderator/mediator? *Revista da Associação Médica Brasileira (1992)*, 60(4), 373–380. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.60.04.017>
- Vollrath, M., Alnaes, R., & Torgersen, S. (1998). Coping styles predict change in personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 12(3), 198–209. <https://doi.org/10.1521/pedi.1998.12.3.198>
- Wakabayashi, A. (2020). Are personality disorders extreme variations of normal personality?: Queries about the validity of the Five-Factor Model of personality to diagnose personality disorder. *Psychologia*, 63(1), <https://doi.org/10.2117/psysoc.2020-B002>.
- Wang, J., Mann, F., Lloyd-Evans, B., Ma, R., & Johnson, S. (2018). Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC Psychiatry*, 18(1), 156. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
- Ware, J.E., Snow, K.K., Kosinski, M. & Gandek, B. (1993). *Health Survey: Manual and interpretation guide*. Medical Center.
- Warlick, C. A., Nelson, J., Krieschok, T. S., & Frey, B. B. (2018). A call for hope: The mutually beneficial integration of positive psychology and dialectical behavior therapy. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(3), 314-322. <http://dx.doi.org/10.1037/tps0000166>
- The WHOQOL Group. (1996). What quality of life? World Health Organization Quality of Life assessment. *World Health Forum*, 17(4), 354–356.
- Widiger, T. A. (2012). *The Oxford handbook of personality disorders*. Oxford university Press.

- Widiger, T. A., & Mullins-Sweatt, S. N. (2010). Clinical utility of a dimensional model of personality disorder. *Professional Psychology: Research and Practice, 41*, 488-494. <https://doi.org/10.1037/a0021694>
- Winsper C. (2020). Borderline personality disorder: course and outcomes across the lifespan. *Current Opinion in Psychology, 37*, 94–97. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.09.010>
- Woo, J. M., Jeon, H. J., Noh, E., Kim, H. J., Lee, S. W., Lee, K. K., Kim, S. H., & Hong, J. P. (2014). Importance of remission and residual somatic symptoms in health-related quality of life among outpatients with major depressive disorder: a cross-sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes, 12*, 188. <https://doi.org/10.1186/s12955-014-0188-y>
- Yazdi, M.F., Yazdi, M.G., & Sorbi, M.H. (2017). Comparing the quality of life and strategies for coping with stress in cancer and non-cancer patients in Yazd. *Journal of Shaeed Sdoughi University of Medical Sciences Yazd, 25*(4), 322-332.
- Yoshimatsu, K., & Palmer, B. (2014). Depression in patients with borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry, 22*(5), 266–273. <https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000045>
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach*. FL: Professional Resource Exchange Inc.
- Yu, M., & Clark, M. (2015). Investigating mindfulness, borderline personality traits, and well-being in a nonclinical population. *Psychology, 6*(10), 1232-1248. <https://doi.org/10.4236/psych.2015.610121>.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Khera, G. S., & Bleichmar, J. (2001). Treatment histories of borderline inpatients. *Comprehensive Psychiatry, 42*(2), 144–150. <https://doi.org/10.1053/comp.2001.19749>
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., & Fitzmaurice, G. (2010). The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality disorder and axis II comparison subjects. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 122*(2), 103–109. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01543.x>
- Zanarini, M. C., 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. *The American Journal of Psychiatry, 169*(5), 476–483. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11101550>

- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Frankenburg, F. R., & Chauncey, D. L. (1989). The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(1), 10–18. <https://doi.org/10.1521/pedi.1989.3.1.10>
- Zanarini, M. C., Vujanovic, A. A., Parachini, E. A., Boulanger, J. L., Frankenburg, F. R., & Hennen, J. (2003). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD): A continuous measure of DSM-IV borderline psychopathology. *Journal of Personality Disorders*, 17(3), 233–242. <https://doi.org/10.1521/pedi.17.3.233.22147>
- Zanon, C., Bastianello, M. R., Pacico, J. C., & Hutz, C. S. (2014). The importance of personality and parental styles on optimism in adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 17, E47. <https://doi.org/10.1017/sjp.2014.49>
- Zdun-Ryżewska, K., Basiński, M., Majkiewicz, M., Podolska, M., Landowski, J., & Walden-Gałuszko, K. (2018). Association between social support and quality of life in patients with affective disorders. *The European Journal of Psychiatry*, 32(3), 132–138. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.05.002>
- Zeitler, M. L., Bohus, M., Kleindienst, N., Knies, R., Ostermann, M., Schmahl, C., & Lyssenko, L. (2020). How to assess recovery in borderline personality disorder: Psychosocial functioning and satisfaction with life in a sample of former DBT study patients. *Journal of Personality Disorders*, 34(3), 289–307. https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_394
- Zenger, M., Brix, C., Borowski, J., Stolzenburg, J. U., & Hinz, A. (2010). The impact of optimism on anxiety, depression and quality of life in urogenital cancer patients. *Psycho-oncology*, 19(8), 879–886. <https://doi.org/10.1002/pon.1635>
- Zhang, H., Zhao, Q., Cao, P., & Ren, G. (2017). Resilience and quality of life: Exploring the mediator role of social support in patients with breast cancer. *Medical Science Monitor*, 23, 5969–5979. <https://doi.org/10.12659/msm.907730>
- Zielinski, M. J., & Veilleux, J. C. (2014). Examining the relation between borderline personality features and social support: The mediating role of rejection sensitivity. *Personality and Individual Differences*, 70, 235–238. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2014.07.005>
- Zimmerman, M., & Gazarian, D. (2014). Is research on borderline personality disorder underfunded by the National Institute of Health? *Psychiatry Research*, 220(3), 941–944. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.09.021>

Zou, H., Tian, Q., Chen, Y., Cheng, C., & Fan, X. (2017). Coping styles mediate the relationship between self-esteem, health locus of control, and health-promoting behavior in Chinese patients with coronary heart disease. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 32(4), 331–338. <https://doi.org/10.1097/JCN.0000000000000357>

ANEXOS**ANEXO 1****PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5 VERSIÓN ABREVIADA****(PID-5-BF)**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presenta una lista de expresiones que las personas utilizan para describirse a sí mismas. Estamos interesados en que nos diga en qué medida cree que cada frase le describe. No hay respuestas correctas o incorrectas. Intente responder de la manera más sincera posible, pues en todo momento se mantendrá la confidencialidad de la información que nos proporcione. Nos gustaría que se tomara su tiempo y leyera cada enunciado detenidamente, escogiendo la respuesta que mejor le describe.

		Bastante falso	Algo falso	Bastante verdadero	Algo verdadero
1	La gente diría que soy imprudente				
2	Siento que actúo de forma totalmente impulsiva				
3	Aunque sé que hay mejores alternativas, no puedo evitar tomar decisiones precipitadas				
4	Con frecuencia siento que nada de lo que hago importa				
5	Otros piensan que soy irresponsable				
6	No se me da bien hacer planes para el futuro				
7	Con frecuencia, mis pensamientos no tienen sentido para otras personas				
8	Me preocupo por casi todo				
9	Me emociono fácilmente incluso por el más mínimo motivo				

10	Temo estar sólo más que cualquier otra cosa en la vida				
11	Insisto en hacer las cosas de determinada manera, incluso cuando está claro que las cosas no van a funcionar				
12	He visto cosas que no estaban realmente allí				
13	Evito tener relaciones románticas				
14	No me interesa hacer amigos				
15	Me molesto fácilmente por cualquier cosa				
16	No me gusta acercarme mucho a la gente				
17	No me importa demasiado herir los sentimientos de otros				
18	Raramente me entusiasma nada				
19	Deseo la atención de otros				
20	Con frecuencia tengo que tratar con gente que es menos importante que yo				
21	Con frecuencia tengo pensamientos que tienen sentido para mí pero que otros dicen que son extraños				
22	Utilizo a la gente para conseguir lo que quiero				
23	Con frecuencia me distraigo y cuando recupero la concentración me doy cuenta de que ha pasado mucho tiempo				

24	Con frecuencia las cosas a mi alrededor me parecen irreales, o más reales de lo habitual				
25	Me resulta fácil aprovecharme de los demás				

DOMINIOS DE RASGO (SUBESCALAS) DEL
PERSONALITY INVENTORY FOR DSM-5

Dominios de rasgo	Definición	Ítems (5 cada uno)
Afectividad negativa	Malestar subjetivo que representa un conjunto de diversos estados emocionales de tipo negativo como puede ser la tristeza, la ira o el disgusto.	8,9,10,11,15
Desapego	Se trata de un estado donde la persona ve reducido su deseo o lazo de unión tanto hacia otras personas como hacia objetos, situaciones o eventos. Es una falta de necesidad de involucrarse.	4,13,14,16,18
Antagonismo	Se basa en un sentimiento de oposición hacia otros y hacia las propias vivencias, caracterizado por contrariedad y rivalidad.	17,19,20,22,25
Desinhibición	Se define como una falta de moderación. Esta puede manifestarse como un desprecio de las convenciones sociales, una marcada impulsividad y una subestimación en la evaluación de los riesgos	1,2,3,5,6
Psicoticismo	Se caracteriza por conductas impulsivas y pensamientos y actos agresivos basados en una baja empatía	7,12,21,23,24

ANEXO 2.**WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE****2.0. (WHODAS 2.0.)**

INSTRUCCIONES: Este cuestionario incluye preguntas sobre las dificultades debido a condiciones de salud. Condición de salud se refiere a una enfermedad o enfermedades u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Al responder a cada pregunta piense y recuerde cuanta dificultad ha tenido para realizar las siguientes actividades Para cada pregunta, por favor escoja sólo una respuesta.

En los últimos 30 días, cómo de difícil te ha resultado:

Comprensión y comunicación

D1.1	¿Concentrarte en hacer algo durante diez minutos?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D1.2	¿Acordarte de hacer las cosas importantes?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D1.3	¿Analizar y encontrar soluciones a problemas en tu vida diaria?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D1.4	¿Aprender una nueva tarea, por ejemplo, aprender a llegar a un sitio nuevo?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D1.5	¿Entender lo que dicen otros en general?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D1.6	¿Iniciar y mantener una conversación?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo

Movilidad (*capacidad para moverse en su entorno*)

D2.1	¿Estar de pie un tiempo largo, digamos 30 minutos?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
------	--	------	------	----------	--------	------------------------------

D2.2	¿Levantarte después de estar sentado?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D2.3	¿Desplazarte dentro de casa?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D2.4	¿Salir de casa?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D2.5	¿Caminar una distancia larga, por ejemplo, un kilómetro (o una distancia equivalente)?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
Cuidado personal						
D3.1	¿Lavarte el cuerpo?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D3.2	¿Vestirte?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D3.3	¿Comer?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D3.4	¿Quedarte sólo/a durante unos días?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
Relacionarse con otras personas						
D4.1	¿Tratar con gente que no conoces?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D4.2	¿Mantener una amistad?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D4.3	¿Relacionarte con personas próximas a ti?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D4.4	¿Hacer nuevos amigos?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo

D4.5	¿Las actividades sexuales?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
En los últimos 30 días, como de difícil te ha resultado:						
Actividades de la vida diaria - Domésticas						
D5.1	¿Ocuparte de las responsabilidades domésticas?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.2	¿Hacer bien las tareas domésticas más importantes?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.3	¿Hacer todas las tareas domésticas que tenías que hacer?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.4	¿Hacer todas las tareas domésticas tan rápido como era necesario?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
Actividades de la vida diaria – Estudios / Trabajo*						
Si trabajas (con o sin remuneración, o eres autoempleado) o estudias, completa las preguntas D5.5-D5.8 que siguen. En otro caso, salta a la D6.1.						
Debido a tu problema de salud, en los últimos 30 días, cuanta dificultad has tenido en:						
D5.5	¿El día a día en tus estudios / trabajo?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.6	¿Hacer bien las tareas más importantes del trabajo o los estudios?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.7	¿Hacer todo el trabajo que tenías que hacer?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
D5.8	¿Hacer el trabajo tan rápido como era necesario?	Nada	Leve	Moderado	Severo	Extrema /no puede hacerlo
Participación en la sociedad						
En los últimos 30 días:						
D6.1	¿Cómo de problemático te ha sido participar en actividades de la	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo

	comunidad (por ejemplo, celebraciones, actividades religiosas u otras) de la misma manera en la que lo hacen los demás?					
D6.2	¿Cómo de problemáticos han sido los obstáculos o impedimentos a tu alrededor?	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.3	¿Cómo de problemático te ha resultado vivir con dignidad debido a las actitudes o actos de otros?	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.4	¿Cuánto tiempo has invertido en tu problema de salud o en sus consecuencias?	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.5	¿Cuánto te ha afectado emocionalmente tu problema de salud?	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.6	¿Cuánto impacto ha tenido tu salud en tus recursos económicos o en los de tu familia?	Ninguno	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.7	¿Cuántos problemas ha tenido tu familia por tus problemas de salud?	Ninguno	Leve	Moderado	Mucho	Extremo
D6.8	¿Cómo de problemático te ha resultado hacer cosas por tu cuenta para relajarte o por placer?	Nada	Leve	Moderado	Mucho	Extremo

Nota. * = Apartado no incluido en la escala utilizada en esta tesis.

ANEXO 3.**CUESTIONARIO DE SALUD SF-36**

INSTRUCCIONES: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1	En general, usted diría que su salud es:	1.Excelente	2.Muy buena	3.Buena	4.Regular	5.Mala
2	¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?	1. Mucho mejor ahora que hace un año	2. Algo mejor ahora que hace un año	3. Más o menos igual que hace un año	4. Algo peor ahora que hace un año	5. Mucho peor ahora que hace un año
3	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	
4	Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	
5	Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	
6	Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	
7	Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	
8	Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?	1. Sí, me limita mucho		2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada	

9	Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada
10	Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada
11	Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada
12	Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?	1. Sí, me limita mucho	2. Sí, me limita un poco	3. No, no me limita nada
LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A PROBLEMAS EN SU TRABAJO O EN SUS ACTIVIDADES COTIDIANAS.				
13	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
14	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
15	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
16	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?	1. Sí	2. No	
17	Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No	
18	Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No	

19	Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?	1. Sí	2. No			
20	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?	1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
21	¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?	1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho
22	Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?	1. Nada	2. Un poco	3. Regular	4. Bastante	5. Mucho

LAS PREGUNTAS QUE SIGUEN SE REFIEREN A CÓMO SE HA SENTIDO Y CÓMO LE HAN IDO LAS COSAS DURANTE LAS 4 ÚLTIMAS SEMANAS. EN CADA PREGUNTA RESPONDA LO QUE SE PAREZCA MÁS A CÓMO SE HA SENTIDO USTED.

23	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
24	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
25	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca

26	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
27	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
28	Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado o triste?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
29	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
30	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
31	Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca
32	Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?	1. Siempre	2. Casi siempre	3. Muchas veces	4. Algunas veces	5. Sólo alguna vez	6. Nunca

POR FAVOR, DIGA SI LE PARECE CIERTA O FALSA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES FRASES.						
33	Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas	1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa
34	Estoy tan sano como cualquiera	1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa
35	Creo que mi salud va a empeorar	1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa
36	Mi salud es excelente	1. Totalmente cierta	2. Bastante cierta	3. No lo sé	4. Bastante falsa	5. Totalmente falsa

SUBESCALAS DEL SF-36

Subescala	Definición	N.º de ítems	Ítems que la componen
Funcionamiento físico	Capacidad para llevar a cabo actividades físicas de movilidad del cuerpo, desde sencillas como ducharse hasta actividad vigorosa.	10	3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
Rol físico	Capacidad para llevar a cabo actividades y tareas diarias como acudir al trabajo sin impedimentos debido a problemas físicos.	4	13, 14, 15, 16
Rol emocional	Capacidad para llevar a cabo actividades y tareas diarias como acudir al trabajo sin impedimentos debido a problemas emocionales.	3	17, 18, 19
Vitalidad/Energía	Evalúa la falta de sensación de cansancio.	4	23, 27, 29, 31

Salud mental	Valoración del sentimiento de tranquilidad y felicidad, sin presencia de sentimientos de depresión o angustia.	5	24, 25, 26, 28, 30
Funcionamiento social	Capacidad para relacionarse y atender a cuestiones sociales sin impedimentos debido a problemas físicos o emocionales	2	20, 32
Ausencia de dolor físico	A mayor puntuación menor sensación de dolor y de limitaciones relacionadas con él.	2	21, 22
Estado de salud general	Evaluación propia sobre la salud, percibida desde muy mala hasta excelente.	5	1, 33, 34, 35, 36

ANEXO 4.**ESCALA DE SATISFACCIÓN VITAL****(SATISFACTION WITH LIFE SCALE - SWLS)**

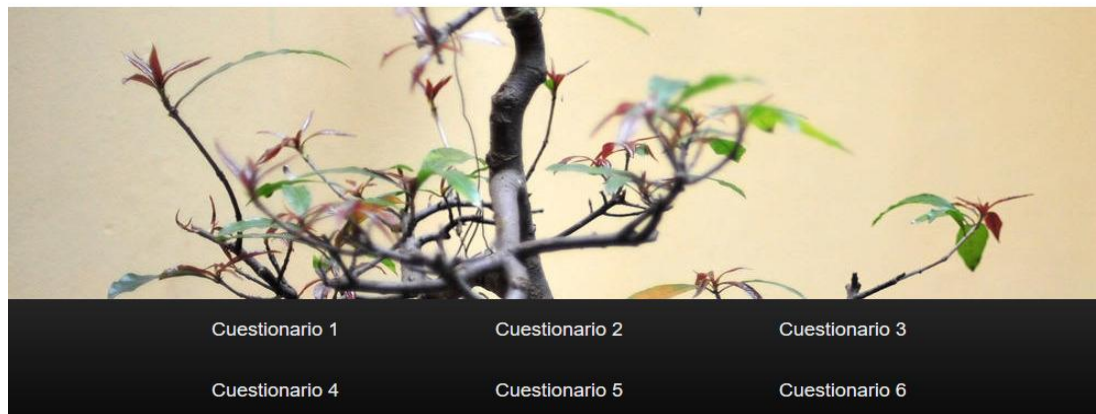
INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir

		No, en absoluto					Totalmente	
		1	2	3	4	5	6	7
1	En la mayoría de los aspectos, mi vida se parece a mi ideal.							
2	Las condiciones de mi vida son excelentes							
3	Estoy satisfecho con mi vida							
4	He conseguido gran parte de lo que quiero en mi vida							
5	Si pudiera vivir de nuevo cambiaría pocas cosas en mi vida							

ANEXO 5. PLATAFORMA ONLINE GRUPO CLÍNICO

Investigación sobre el trastorno límite de la personalidad

Página de recogida de datos para estudio sobre TLP dirigido por psicólogos.



El estudio y cómo participar

Objetivos e importancia de la investigación

¿Quiénes somos? Esta investigación se realiza en el marco de un proyecto de tesis doctoral, lo dirijo como licenciada en psicología bajo la dirección y supervisión del departamento de psicología de la personalidad de la universidad UNED.

¿Por qué este estudio? Hemos escogido esta línea de investigación ya que esta es una enfermedad grave que al producir muchas emociones y muy intensas genera también un alto desgaste a nivel físico, mental y emocional y un notable sufrimiento en aquellas personas afectadas; por tanto debe ser conocida en mayor profundidad. Se trata también de una enfermedad poco estudiada que requiere más atención, tiempo y recursos para descubrir los procedimientos más adecuados para su diagnóstico y tratamiento, y poder ayudar a estos pacientes de la mejor manera posible.

Objetivo principal: Esta investigación pretende lograr una visión completa del trastorno límite, descubriendo el impacto de la enfermedad sobre la salud física y la calidad de vida de las personas que la padecen y descubrir las variables que median estas relaciones.

Objetivo secundario: Utilizar un nuevo cuestionario de evaluación para medir y diagnosticar los rasgos del trastorno límite, lo que nos permitirá poner a prueba su eficacia y precisión para detectar el TLP.

Cómo participar y procedimiento

Requisitos: Tener al menos 18 años de edad y estar diagnosticado/a por un profesional de la salud mental (psicólogo o psiquiatra) con trastorno límite la personalidad.

Participación: Para participar es necesario registrarse en la web (menú lateral derecho), lo cual da acceso a los 6 cuestionarios de recogida de datos del estudio (menú superior de la web). Completarlos lleva unos escasos 35 minutos. Podrás completarlos en el orden que decidas y al ritmo que prefieras. La única restricción es no dejar ningún test a mitad ya que los datos se descartarán en caso de no ser completado totalmente.

Confidencialidad y protección de datos

Todos los datos que se obtengan en esta investigación serán totalmente **confidenciales**, su uso será **anónimo** y se utilizarán únicamente con el propósito de responder a las hipótesis y objetivos del estudio; **en ningún caso se compartirán o cederán estos datos con terceros**. Se trata de un estudio totalmente **voluntario**, siendo posible cesar la participación en cualquier momento sin previo aviso.

• EL ESTUDIO Y CÓMO PARTICIPAR

• REGÍSTRATE

• INICIA SESIÓN

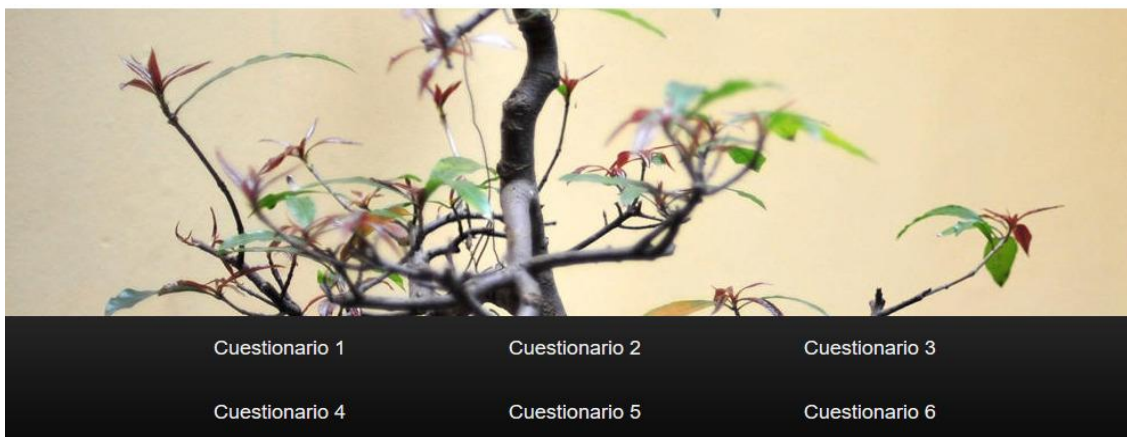
• CONTACTO

JUNIO 2018						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

ANEXO 6. PLATAFORMA ONLINE GRUPO CONTROL

Investigación en psicología de la personalidad.

Página de recogida de datos de tesis doctoral en personalidad, salud y calidad de vida.



La investigación y cómo participar

¿Quiénes somos?

Este estudio se realiza en el marco de un proyecto de tesis doctoral, dirigido por profesorado del departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos de la UNED, vinculado al grupo de investigación consolidado de la UNED denominado "Investigación en Personalidad y Salud".

Participación:

Para participar es necesario registrarse en la web (menú lateral derecho), lo cual da acceso a los 6 cuestionarios de recogida de datos del estudio (menú superior de la web). Completarlos lleva unos escasos 35 minutos. Podrás completarlos en el orden que decidas y al ritmo que prefieras. La única restricción es no dejar ningún test a mitad ya que los datos se descartarán en caso de no ser completado totalmente.

Requisitos de participación:

Ser mayor de 18 años y no estar diagnosticado/a con ninguna enfermedad física y/o mental.

Objetivo:

Con esta investigación se pretende lograr **dos objetivos principales**:

- 1) Validar y descubrir las propiedades psicométricas de un nuevo instrumento que permite evaluar los diferentes rasgos de la personalidad.
- 2) Conocer si existe una relación entre los rasgos de personalidad que se presentan, la salud física y la calidad de vida. Asimismo, evaluar las variables que intervienen y median estas relaciones.

Protección de datos:

Todos los datos que se obtengan en esta investigación serán **totalmente confidenciales**, su uso será **anónimo** y se utilizarán únicamente con el propósito de responder a las hipótesis y objetivos del estudio; **en ningún caso se compartirán o cederán estos datos con terceros**. Se trata de un estudio totalmente **voluntario**, siendo posible cesar la participación en cualquier momento sin previo aviso.

• CÓMO

PARTICIPAR

• REGÍSTRATE

• INICIA SESIÓN

• CONTACTO

JUNIO 2018						
L	M	X	J	V	S	D
				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	

ANEXO 7. CONSENTIMIENTO INFORMADO

“Al aceptar este consentimiento, manifiesta ser mayor de edad, así como su deseo de participar en el estudio, y su conocimiento de que este es de carácter voluntario, y de que en cualquier momento podrá dejar de participar sin necesidad de aviso previo. Manifiesta también haber leído y entendido lo explicado en la página: “El estudio y cómo participar”, donde se explican los objetivos del estudio, su procedimiento y el carácter confidencial y anónimo de la investigación; por lo tanto entiende que nunca se divulgará el nombre u otro tipo de información personal sobre el voluntario que haya participado, ni se utilizarán o compartirán los datos para otros propósitos además de los explicados en esta página, y que solo las personas que trabajan en este estudio verán los datos y respuestas que usted ha proporcionado. Igualmente, manifiesta entender su derecho a abandonar el estudio, solicitar que su información sea eliminada y no tenida en cuenta a la hora de analizar los datos de esta investigación, y a que le facilitemos sus puntuaciones en todos los cuestionarios si así lo desea. Teniendo en cuenta toda la información proporcionada, acepta y consiente al marcar esta casilla que sus puntuaciones obtenidas en los todos cuestionarios que forman el estudio al igual que los datos del formulario de registro sean utilizados para satisfacer los objetivos e hipótesis planteadas en este estudio. Por su parte los participantes se comprometen a responder con la máxima veracidad a los cuestionarios y a las preguntas de este formulario de registro”.

ANEXO 8. PRESENTACIÓN DE CUESTIONARIOS

EN LAS PLATAFORMAS ONLINE

Cuestionario 3

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Escoja el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.

1. En la mayoría de los aspectos, mi vida se parece a mi ideal.

No, en absoluto Totalmente

1 2 3 4 5 6 7

2. Las condiciones de mi vida son excelentes.

No, en absoluto Totalmente

1 2 3 4 5 6 7

3. Estoy satisfecho con mi vida.

No, en absoluto Totalmente

1 2 3 4 5 6 7

4. He conseguido gran parte de lo que quiero en mi vida.

No, en absoluto Totalmente

1 2 3 4 5 6 7

5. Si pudiera vivir de nuevo cambiaría pocas cosas en mi vida.

No, en absoluto Totalmente

1 2 3 4 5 6 7

• **EL ESTUDIO Y
CÓMO
PARTICIPAR**

• **REGÍSTRATE**

• **INICIA SESIÓN**

• **CONTACTO**

JULIO 2020

L	M	X	J	V	S	D
		1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31		

ANEXO 9. ESCALA BRIEF COPE (BCOPE)

INSTRUCCIONES: Las frases que aparecen a continuación recogen distintas formas en que las personas reaccionan ante situaciones difíciles, estresantes o preocupantes. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número del 0 al 3 que mejor indique en qué medida suele usted desarrollar cada una de estas actividades cuando se encuentra ante una situación difícil, estresante o preocupante.			
No, en absoluto		Totalmente	
0	1	2	3
SUBESCALA			
1. Concentro mis esfuerzos en hacer algo para solucionar la situación en la que estoy	Afrontamiento activo		
2. Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	Planificación		
3. Intento verlo de forma diferente para que parezca más positivo	Reevaluación positiva		
4. Acepto la realidad de lo que sucede	Aceptación		
5. Hago bromas sobre ello	Humor		
6. Intento encontrar consuelo en mi religión o en mis creencias espirituales	Religión		
7. Consigo apoyo emocional de los demás	Utilización de apoyo emocional		
8. Intento conseguir consejo o ayuda de otras personas sobre qué hacer	Utilización de apoyo instrumental		
9. Me vuelco en el trabajo o en otras actividades para mantener mi mente ocupada con otras cosas.	Autodistracción		
10. Me digo a mí mismo “esto no es real”	Negación		
11. Digo cosas que permitan aflorar mis sentimientos más desagradables	Desahogarse		

12. Bebo alcohol o tomo drogas para sentirme mejor*	Consumo de sustancias
13. Renuncio a intentar tratar con ello	Abandono
14. Me critico a mí mismo	Autoculpa
15. Llevo a cabo alguna acción que mejore la situación*	Afrontamiento activo
16. Medito profundamente acerca de qué pasos tomar*	Planificación
17. Trato de buscar algo bueno en lo que está sucediendo*	Reevaluación positiva
18. Aprendo a vivir con ello*	Aceptación
19. Me río de la situación*	Humor
20. Rezo o medito*	Religión
21. Consigo consuelo y comprensión de alguien*	Utilización de apoyo emocional
22. Consigo ayuda y consejo de otras personas*	Utilización de apoyo instrumental
23. Hago algo que me mantenga distraído, como ir al cine, ver la tele, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras*	Auto-distracción
24. Me niego a creer que esto ha sucedido*	Negación
25. Expreso mis sentimientos negativos*	Desahogarse
26. Bebo alcohol o tomo drogas para ayudarme a superarlo*	Consumo de sustancias
27. Abandono cualquier intento de hacer frente al problema*	Abandono
28. Me culpo por las cosas que me suceden*	Autoculpa

Nota. * = ítem no incluido en la escala utilizada en esta tesis.

ANEXO 10.**SUBESCALA DE APOYO SOCIAL DEL QUALITY OF LIFE
QUESTIONNAIRE (QLQ)**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de preguntas que hacen referencia a diversos aspectos relacionados con la vida cotidiana. En cada pregunta rodee con un círculo el número que refleje mejor su situación personal en este momento.

NADA POCO ALGO BASTANTE MUCHO

1 2 3 4 5

1. ¿Mantiene relaciones satisfactorias con las personas con las que convive?

2. ¿Siente que le quieren las personas que le importan?

3. ¿Tiene buenas relaciones con su familia?

4. ¿Tiene amigos con los que contar en caso necesario?

5. ¿Cree que tiene a quien recurrir cuando necesita la compañía o el apoyo de alguien?

6. ¿Desearía tener relaciones sexuales más satisfactorias o, si no tiene relaciones, le gustaría tenerlas? *

7. ¿Tiene con quien compartir su tiempo libre y sus aficiones?

8. ¿Está satisfecho con los amigos que tiene?

9. ¿Le satisface la vida social que hace?

Nota. * = ítem no incluido en la escala utilizada en esta tesis.

ANEXO 11.**LIFE ORIENTATION TEST REVISED (LOT-R)**

INSTRUCCIONES: A continuación, se presentan una serie de frases que recogen formas de pensar y/o actuar. Su tarea consiste en rodear con un círculo el número de la escala que mejor recoja el grado en que cada frase le es aplicable. No hay contestaciones buenas o malas. Trate de dar la respuesta que mejor indique el grado en que cada enunciado describe su modo habitual de comportarse, reaccionar y/o sentir.					
Totalmente en desacuerdo			Totalmente de acuerdo		
1	2	3	4	5	
Ítem			Tipo		
1. En tiempos difíciles, suelo esperar lo mejor			optimismo		
2. Me resulta fácil relajarme*			relleno		
3. Si algo malo me tiene que pasar, estoy seguro de que me pasará			pesimismo		
4. Siempre soy optimista en cuanto al futuro			optimismo		
5. Disfruto un montón de mis amistades*			relleno		
6. Para mí es importante estar siempre ocupado*			relleno		
7. Rara vez espero que las cosas salgan a mi manera			pesimismo		
8. No me disgusto fácilmente*			relleno		
9. Casi nunca cuento con que me sucedan cosas buenas			pesimismo		
10. En general, espero que me ocurran más cosas buenas que malas			optimismo		

Nota. * = ítem no incluido en la escala utilizada en esta tesis.