



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE MEDICINA

**Inteligencia Emocional en Pacientes con
Trastorno Bipolar y Trastorno Límite de la
Personalidad**

D. José María Salmerón Arias-Camisón

2017



Universidad de Murcia

Facultad de Medicina

Inteligencia emocional en pacientes con
Trastorno bipolar y Trastorno límite de la
personalidad

Tesis doctoral para optar al grado de doctor presentada por:

D. José María Salmerón Arias-Camisón

Directores:

Dr. D. Francisco Toledo Romero

Dra. Dña. Ana Isabel Rosa-Alcázar

Murcia, 2017

*A mis padres,
Francisco y María del Mar*

Agradecimientos

Esta tesis ha podido realizarse gracias a la supervisión continua, exigente y de gran nivel científico-técnico de Ana Isabel Rosa-Alcazar, directora de la misma. A mi gran amigo y colega Francisco Toledo, director, porque siempre me alentó a que hiciera este trabajo. A José Hernández por su cariño y amistad.

A todos los profesionales y residentes de la Unidad de Agudos del Hospital Morales Meseguer, de la Clínica Mentsalud, de la UCAM y de la Fundación Diagrama, que han contribuido desinteresadamente a la realización de la tesis. En especial a Beatriz Ruiz desde el nacimiento de este proyecto hasta su consecución final. Gracias a su capacidad de trabajo, tesón, talento y sobre todo la ilusión que transmite.

Mis agradecimientos a mi familia. A mi mujer, Araceli, por soportarme con paciencia todos estos años de gran actividad profesional y por darme la estabilidad necesaria en mi vida. A mis hijos Araceli y Javier que son el impulso necesario que me inspira a intentar ser mejor persona cada día.

A mis hermanos Francisco y Elvira que siempre están y estarán presentes en mi vida. A Isabel y Juan Antonio que dan cohesión a toda esta familia. A las nuevas generaciones Elvirita, Isabel y María. A Miguel Ángel, Divina y José Miguel, mi familia del Norte.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN GENERAL	1
-----------------------------------	----------

CAPÍTULO 1

EL TRASTORNO BIPOLAR	9
1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR	10
1.2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES: DELIMITACIÓN CLÍNICA.....	12
1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	26
1.3.1. Clínica de la fase depresiva	26
1.3.2. Clínica de la manía aguda	28
1.3.3. Características clínicas del episodio hipomaniaco	30
1.4. ETIOLOGÍA.....	31
1.4.1. Neurobiología del trastorno bipolar	31
1.4.1.1. Factores genéticos	31
1.4.1.2. Factores bioquímicos	33
1.4.1.3. Factores neuroanatómicos	34
1.4.1.4. Factores neuropsicológicos	35

1.4.2. Factores psicosociales.....	38
1.5. EPIDEMIOLOGIA	39
1.6. COMORBILIDAD.....	40
1.6.1. Comorbilidad con Trastornos de la personalidad	41
1.6.2. Comorbilidad con Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos	43
1.6.3. Comorbilidad con Trastornos de ansiedad	45
1.6.4. Comorbilidad con Trastorno obsesivo-compulsivo.....	46
1.6.5. Comorbilidad con Trastornos de la conducta alimentaria.....	46
1.6.6. Comorbilidad con Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta	47
1.6.7. Comorbilidad con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad.....	47
1.7. EVOLUCIÓN, CURSO Y PRONÓSTICO	48
1.8. CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES	51
1.9 RESUMEN	53

CAPÍTULO 2

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	55
2.1. HISTORIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	56
2.2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES: DELIMITACIÓN CLÍNICA.....	59
2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	68
2.4. ETIOLOGÍA	76
2.4.1. Neurobiología del trastorno límite de la personalidad.....	76
2.4.1.1. Factores genéticos	77
2.4.1.2. Factores bioquímicos	78
2.4.1.3. Factores neuroanatómicos.....	79
2.4.1.4. Factores neuropsicológicos	81
2.4.2. Factores psicosociales.....	83
2.5. EVOLUCIÓN, CURSO Y PRONÓSTICO	85
2.6. EPIDEMIOLOGÍA	88
2.7. COMORBILIDAD.....	90

2.7.1. Comorbilidad con Trastornos afectivos	91
2.7.2. Comorbilidad con Trastorno Bipolar	91
2.7.3. Comorbilidad con Trastorno de estrés postraumático (TEPT)	94
2.7.4. Comorbilidad con Trastorno por Abuso de sustancias	94
2.7.5. Comorbilidad con otros Trastornos de la Personalidad.....	94
2.7.6. Comorbilidad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)	95
2.7.7. Comorbilidad con Trastornos del sueño	96
2.7.8. Comorbilidad con Trastornos Psicóticos.....	97
2.7.9. Comorbilidad no psiquiátrica.....	97
2.8. CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES	97
2.9. RESUMEN	99

CAPÍTULO 3

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	101
3.1. HISTORIA DEL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL	103
3.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL.....	108
3.2.1. Nacimiento del concepto de Inteligencia Emocional	108
3.2.2. Concepto de Inteligencia Emocional.....	109
3.3. LA EMOCION.....	111
3.3.1. Concepto de emoción	112
3.3.2. Las emociones y su función	113
3.3.3. El procesamiento emocional y sus fases	115
3.3.4. Neuroanatomía de la emoción.....	116
3.4. LA INTELIGENCIA.....	117
3.4.1. Definición actual de Inteligencia Emocional.....	122
3.4.2. Modelos de Inteligencia Emocional	123
3.4.2.1. Modelos de capacidades: Modelo de las cuatro ramas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000a)	124
3.4.2.2. Modelos mixtos.....	128
3.4.2.3. Modelo experiencial de Epstein.....	130
3.5. EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	131

3.5.1. Principales instrumentos de evaluación	131
3.6. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN SALUD MENTAL	138
3.6.1. Inteligencia emocional y depresión.....	139
3.6.2. Inteligencia emocional y ansiedad.....	141
3.6.3. Inteligencia emocional y adicciones.....	142
3.6.4. Inteligencia Emocional y Rasgos de la Personalidad	143
3.6.5. Inteligencia Emocional y otras patologías psiquiátricas.....	145
3.7. RESUMEN	145

CAPÍTULO 4

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR.....	147
4.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR	148
4.2. PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	151
4.3. REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR	153
4.4. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR.....	155
4.5. PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR	157
4.6. RESUMEN	160

CAPÍTULO 5

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	161
5.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	162
5.2. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	165
5.3. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	172
5.4. CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y PSICOFISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA IE EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.	175
5.5. RESUMEN	179

CAPÍTULO 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS	183
6.1. OBJETIVOS.....	183
6.1.1. Objetivo general.....	183
6.1.2. Objetivos sobre la Inteligencia Emocional	184
6.2. HIPÓTESIS	184
6.2.1. Comparaciones intergrupo.....	185
6.2.2. El papel de la depresión y ansiedad	186
6.2.3. Comparaciones intragrupo	186

CAPÍTULO 7

MÉTODO	187
7.1. PARTICIPANTES	187
7.2. DISEÑO	195
7.2.1. Procedimiento.....	195
7.2.1.1. Instrumentos de evaluación.....	198
7.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS.....	203

CAPÍTULO 8

RESULTADOS	205
8.1. EQUIPARACIÓN DE GRUPOS	205
8.2. COMPARACIONES INTERGRUPO	206
8.2.1. Análisis multivariante y comparaciones Post-Hoc en Inteligencia Emocional	206
8.2.2. Comparación de medias independientes en las variables depresión y ansiedad entre los grupos clínicos	211
8.2.3. Depresión, ansiedad y sexo como covariables de IE	211
8.2.3.1. Ansiedad y depresión como covariable de IE.....	211
8.2.3.2. Sexo como covariable de IE.....	216
8.3. COMPARACIONES INTRAGRUPPO	217

8.3.1. Comparaciones intragrupo en sujetos con TB en relación a la escala de IE.....	217
8.3.2. Comparaciones intragrupo en sujetos con TB en relación al nivel de autonomía o capacidad funcional	220
8.3.3. Comparaciones intragrupo sujetos con TLP en relación a la escala de IE.....	223
8.3.4. Comparaciones intragrupo en sujetos con TLP en relación al nivel de autonomía o capacidad funcional.....	225

CAPÍTULO 9

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	229
9.1. COMPARACIONES INTERGRUPO	230
9.1.1. Inteligencia emocional.....	230
9.1.1.1. Diferencias en Inteligencia emocional entre los tres grupos ..	230
9.1.1.2. Diferencias en Inteligencia emocional entre los dos grupos clínicos	230
9.1.1.3. Diferencias en Inteligencia emocional entre TB y GC	232
9.1.1.4. Diferencias en Inteligencia emocional entre TLP y GC.....	233
9.1.1.5. Depresión como covariable	235
9.1.1.6. Ansiedad como covariable.....	236
9.1.1.7. Ansiedad y depresión como covariables	236
9.2. COMPARACIONES INTRAGRUPPO	237
9.2.1. Trastorno bipolar	237
9.2.1.1. Inteligencia emocional en el grupo de TB	237
9.2.1.2. Diferencias en IE en los pacientes con TB atendiendo a variables demográficas y clínicas	238
9.2.1.3. Diferencias en el nivel de autonomía o capacidad funcional en los pacientes con TB atendiendo a variables sociodemográficas y clínicas	241
9.2.2. Trastorno límite de la personalidad.....	243
9.2.2.1. Inteligencia emocional en el grupo de TLP.....	243
9.2.2.2. Diferencias en IE en los pacientes con TLP atendiendo a variables demográficas y clínicas	244
9.2.2.3. Diferencias en el nivel de autonomía o capacidad funcional en los pacientes con TLP atendiendo variables sociodemográficas y clínicas	245

CAPÍTULO 10

CONCLUSIONES	249
10.1. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA INTELIGENCIA EMOCIONAL	249
10.2. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA FUNCIONALIDAD	251
10.3. IMPLICACIONES CLÍNICAS.....	252
10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	252
10.5. PERSPECTIVAS DE FUTURO	253

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	255
---	-----

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado	319
Anexo 2. Hoja de datos básicos.....	323

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 <i>Criterios diagnósticos Episodio maníaco según el DSM-5 (APA, 2013; p.124)</i>	13
Tabla 1.2 <i>Criterios diagnósticos Episodio hipomaniaco según el DSM-5 (APA, 2013; p.124)</i>	15
Tabla 1.3 <i>Criterios diagnósticos Episodio depresivo mayor según el DSM-5 (APA, 2013; p.125)</i>	16
Tabla 1.4 <i>Criterios diagnósticos Trastorno bipolar I según el DSM-5 (APA, 2013; p.123)</i>	18
Tabla 1.5 <i>Criterios diagnósticos Trastorno bipolar II según el DSM-5 (APA, 2013; p.132)</i>	19
Tabla 1.7 <i>Características diferenciales entre la depresión bipolar y unipolar(*)</i>	27
Tabla 1.8 <i>Prevalencia de deterioro por funciones en los pacientes con TB (Modificado de Cullen et al., 2016)</i>	36
Tabla 2.1 <i>Criterios diagnósticos del Trastorno general de la personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)</i>	59
Tabla 2.2 <i>Clasificación de los Trastornos de la Personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)</i>	60
Tabla 2.3 <i>Criterios diagnósticos para el Trastorno de la personalidad límite según el DSM-5 (APA, 2013, p.663)</i>	62

Tabla 2.4 <i>Criterios diagnósticos del Trastorno general de la personalidad según la CIE-10 (OMS, 1992, p. 250)</i>	66
Tabla 2.5 <i>Criterios diagnósticos para el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según la CIE-10 (OMS, 1992, p.253)</i>	67
Tabla 3.1 <i>Instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional</i>	138
Tabla 7.1 <i>Descriptivos de la muestra atendiendo a la edad</i>	189
Tabla 7.2 <i>Descriptivos atendiendo a variables de asistencia médica en Servicios de Urgencias Psiquiátricas, ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y años en tratamiento psiquiátrico</i>	195
Tabla 7.3 <i>Centros/servicios informados del estudio</i>	197
Tabla 7.4 <i>Puntuaciones del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso; MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002)</i>	200
Tabla 7.5 <i>Subescalas de la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento; FAST (Rosa et al, 2007)</i>	201
Tabla 8.1 <i>Diferencias entre los grupos en variables sociodemográficas</i>	206
Tabla 8.2 <i>Manova de las variables dependientes de IE</i>	207
Tabla 8.3 <i>Comparación por pares (prueba DHS de Tukey y Games-Howell)</i> ..	209
Tabla 8.4 <i>Comparación de medias independientes en las variables depresión y ansiedad</i>	211
Tabla 8.5 <i>Análisis de varianza de las variables que componen el constructo IE</i>	212
Tabla 8.6 <i>Depresión como covariable del constructo IE</i>	213
Tabla 8.7 <i>Ansiedad como covariable del constructo IE</i>	214
Tabla 8.8 <i>Depresión y ansiedad como covariables del constructo IE</i>	215
Tabla 8.9 <i>Sexo como covariable del constructo IE</i>	216
Tabla 8.10 <i>Comparación de medias en IE atendiendo al tipo de TB</i>	217
Tabla 8.11 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a tipo de episodio más reciente</i>	218
Tabla 8.12 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a consumo de tóxicos</i> .	218
Tabla 8.13 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a la presencia de antecedentes de gestos autolíticos</i>	219
Tabla 8.14 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos</i>	219
Tabla 8.15 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a tipo de remisión</i>	220

Tabla 8.16 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a si hay ansiedad asociada o no</i>	221
Tabla 8.17 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al consumo de tóxicos</i>	221
Tabla 8.18 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a los antecedentes familiares psiquiátricos</i>	222
Tabla 8.19 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a la adherencia al tratamiento psiquiátrico</i>	222
Tabla 8.20 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al tratamiento psicológico</i>	223
Tabla 8.21 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a sexo</i>	223
Tabla 8.22 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a antecedentes de gestos autolíticos</i>	224
Tabla 8.23 <i>Comparación de medias en IE atendiendo la presencia de autolesiones</i>	224
Tabla 8.24 <i>Comparación de medias en IE atendiendo a antecedentes familiares psiquiátricos</i>	224
Tabla 8.25 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al sexo</i>	225
Tabla 8.26 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al consumo de tóxicos</i>	226
Tabla 8.27 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a la adherencia al tratamiento psiquiátrico</i>	226
Tabla 8.28 <i>Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al tratamiento psicológico</i>	227
Tabla 9.1 <i>Resumen de hipótesis y resultados encontrados</i>	247

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.1 Principales características asociadas a la polaridad predominante (Modificado de Baldessarini et al., 2012; Colom, Vieta, Daban, Pacchiarotti y Sánchez-Moreno, 2006)	50
Figura 2.1 Neuropsicología del trastorno límite de la personalidad.....	82
Figura 2.2 Evolución síntomas agudos vs. crónicos	87
Figura 3.1 Fases del proceso emocional	116
Figura 3.2 Modelos de la inteligencia	121
Figura 3.3 Modelo de las cuatro ramas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000a)...	128
Figura 5.1 Componentes del Modelo Biosocial de Linehan	167
Figura 7.1 Descriptivos de la muestra atendiendo al sexo	188
Figura 7.2 Descriptivos de la muestra atendiendo al estado civil.....	190
Figura 7.3 Descriptivos de la muestra atendiendo a antecedentes familiares psiquiátricos	191
Figura 7.4 Descriptivos de la muestra de sujetos con TB atendiendo al tipo de comorbilidad psiquiátrica.....	192
Figura 7.5 Descriptivos de la muestra de sujetos con TLP atendiendo al tipo de comorbilidad psiquiátrica.....	193
Figura 7.6 Descriptivos de la muestra clínica atendiendo a si están en tratamiento psicológico	194
Figura 7.7 Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de la población clínica	198
Figura 8.1 Medias en IE en los tres grupos en las puntuaciones de rama ...	209

INTRODUCCIÓN GENERAL

El Trastorno bipolar (TB, en adelante) según el DSM-5 (APA, 2013) se considera un trastorno crónico caracterizado por una alteración afectiva duradera o persistente del estado de ánimo, cíclica y recurrente. El curso longitudinal de la misma forma parte intrínseca de su definición y permite diferenciarla de otros trastornos psiquiátricos. Existen unos marcadores de curso que determinan claramente el pronóstico del TB (Craney y Geller, 2003; Perlis et al., 2004; Post et al., 2010; Schürhoff et al., 2000). Es una patología con una elevada prevalencia e incidencia en la población general. En Europa la prevalencia del TB es de aproximadamente 21.000.000 de personas, lo que supone un coste anual de superior a 100 billones de euros (Di Luca et al., 2011), siendo la enfermedad mental que supone un mayor gasto en el ámbito de la salud.

El Trastorno límite de la personalidad (TLP, en adelante) según el DSM-5 (APA, 2013) se considera un Trastorno de la personalidad caracterizado por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos. Es un trastorno de notable complejidad diagnóstica y terapéutica. Entre los aspectos clínicos más relevantes destaca la alta mortalidad por suicidio, la

Introducción general

gran comorbilidad y la alteración en el funcionamiento en todas las esferas de la vida de la persona (Gunderson, 2011). Se trata de una patología con una elevada prevalencia en la población general y que, a pesar del gran número de recursos sanitarios y no sanitarios de los que hacen uso estos pacientes, no se observa una clara mejoría en el pronóstico del trastorno (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011; Skodol et al., 2002).

En el actual sistema de clasificación de las enfermedades mentales DSM-5 (APA, 2013) el TB aparece claramente diferenciado del TLP, ya que ambos presentan criterios y códigos diagnósticos diferentes. Para justificar dicha distinción existe una amplia evidencia científica basada en estudios que diferencian ambos diagnósticos. Se pueden distinguir por su distinta fenomenología, etiología, antecedentes familiares, estudios biológicos, eficacia y respuesta a la medicación.

Respecto a la inestabilidad afectiva, según Paris y Black (2015), el patrón es totalmente diferente. El TLP se caracteriza por cambios de humor transitorios que se producen en respuesta a factores de estrés interpersonales, mientras que el TB se asocia con cambios de humor mantenidos que no tienen por qué ser desencadenados por un factor estresante. Ambos trastornos parecen tener un porcentaje significativo de heredabilidad, pero los factores ambientales podrían tener un papel importante en el TLP, en particular. Respecto a la neuroanatomía hay diferencias específicas como un aumento del tamaño de la amígdala en el TB y una disminución del tamaño de la misma en el TLP (Antoniadis, Samakouri y Livaditis, 2012). En relación con el tratamiento farmacológico, los antidepresivos se consideran eficaces en el TLP, mientras que los estabilizadores del ánimo son el principal tratamiento de elección en el TB. Según Bassett (2012), ambos difieren respecto al sentido de sí mismo, la alteración de las relaciones interpersonales, los antecedentes familiares, la eficacia de los distintos medicamentos, la extensión de los déficits cognitivos, la forma de disregulación afectiva y cíclica, la incidencia de suicidio e intento de suicidio, la forma de los episodios psicóticos y la incidencia del abuso sexual temprano. Las características de los síntomas psicóticos también parecen ser útiles en la diferenciación. En el caso de los TLP aparecen síntomas psicóticos reactivos, limitados, egodistónicos y con juicio de realidad conservado. Mientras que en los pacientes con TB los síntomas psicóticos en general son egosintónicos, congruentes con el estado anímico y con juicio de realidad alterado. La presentación de autolesiones no

suicidas pueden ofrecer algunas diferencias, con mayor incidencia en los pacientes con TLP. Otros parámetros clave de diferenciación de ambos trastornos son el patrón de inicio, el curso clínico, el perfil fenomenológico de la depresión y el estado de ánimo elevado (Bayes, Parker y Fletcher, 2014).

Por otra parte, según Antoniadis, Samakouri y Livaditis (2012) existen características clínicas comunes en ambos trastornos como son la inestabilidad afectiva y la impulsividad. En el campo de la neuroanatomía, el TB y el TLP muestran similitudes tales como alteración en el sistema límbico. Asimismo ambos presentan alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico. Hace tiempo que se considera que el TB y el TLP tienen similitudes significativas y comorbilidad asociada. Son similares en ambos, la disregulación afectiva, la incidencia de síntomas depresivos atípicos, la incidencia de autoagresiones, posibles vínculos genéticos, reducción general de la modulación límbica, reducción del tamaño del hipocampo y la incidencia de la interrupción del sueño (Bassett, 2012).

Se estima que las condiciones de confusión se encuentran en el 20% de los casos, en los que se llega a convertir en un problema importante. Renaud, Corbalán y Beaulieu (2012) realizaron una investigación comparando datos sobre las dimensiones afectivas en relación a estos trastornos, encontrando que la inestabilidad afectiva era un factor de confusión en relación a los siguientes aspectos: calidad e intensidad de los afectos, fluctuaciones de rapidez de cambio afectivo, respuesta afectiva con el estrés social, entre otros. Concluyeron que el análisis de la experiencia afectiva tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, será lo que ayude a la diferenciación de ambos. En relación a la comorbilidad entre estos dos trastornos McDermid y McDermid (2016) denominaron al síndrome como "fragilidad emocional". Se realizó un meta-análisis acerca de la prevalencia entre el TB y TLP. Se encontró que es una comorbilidad relativamente común, con aproximadamente un 20% de personas que experimentan estos diagnósticos comórbidos (Fornaro et al., 2016).

Por lo tanto, el TB y el TLP son trastornos separados según el actual manual diagnóstico DSM-5, pero con elementos significativos en común. De modo que puede ser en ocasiones difícil diferenciarlos, sobretodo porque la falta de regulación emocional es una característica fundamental de ambos. Por lo general, la regulación emocional implica procesos tanto "de arriba hacia abajo", como "de abajo hacia arriba", de control y retroalimentación

reguladora, de lo que se encarga la red fronto-límbica. Malhi et al. (2013), estudiaron si las alteraciones en esta red producían los cambios en el estado de ánimo y labilidad afectiva que caracteriza a estos pacientes. Hallaron que la disfunción de la red fronto-límbica está presente tanto en el TB como en el TLP, aunque con diferencias importantes. En concreto, los pacientes con TB parecían requerir un procesamiento cognitivo de arriba hacia abajo para regular la emoción, mientras que los pacientes con TLP tenían suficiente retroalimentación de abajo hacia arriba.

La diferenciación entre TB y TLP puede ser un desafío en muchos casos, debido, como ya se ha explicado, a las características que pueden compartir, siendo el déficit en regulación emocional, la principal y más probable en ambos. Bayes et al. (2016) evaluaron las diferencias en las estrategias de regulación emocional en pacientes solo con TB, solo con TLP y en pacientes comórbidos. Los resultados mostraron un mayor deterioro en las estrategias de regulación emocional en el grupo comórbido, seguido por el grupo de TLP. Los déficits específicos en el grupo comórbido incluyeron impulsividad y dificultad en el comportamiento dirigido a una meta. Las estrategias de regulación emocional adaptativas fueron mayores en el grupo de pacientes con TB. Fletcher, Parker, Bayes, Paterson y McClure (2014) analizaron las diferencias entre los pacientes con TLP y con Trastorno Bipolar tipo II en cuanto a estrategias de regulación emocional. Se encontró que los participantes con TLP fueron significativamente menos propensos a utilizar estrategias de regulación emocional adaptativas en comparación con el grupo TB II.

Como se ha especificado, la falta de regulación emocional es una característica fundamental de ambos trastornos. El estudio de las diferencias entre ambas patologías en este aspecto, podría contribuir al diagnóstico diferencial. La regulación o manejo emocional es uno de los componentes de la Inteligencia Emocional (IE, en adelante) implica fundamentalmente aprender a administrar las emociones a favor de la persona (Garaigordobil y Oñederra, 2010). Son múltiples las asociaciones entre IE y habilidades/actitudes/aptitudes positivas estudiadas. Se ha podido comprobar que aquellas personas que son capaces de expresar y entender las emociones, comprender el significado de las experiencias emocionales y regular sus sentimientos, presentan mayor ajuste psicológico y social (Mayer, Roberts y Brasade, 2008). La IE se asocia a características personales

positivas como comportamiento prosocial, empatía, mejores relaciones familiares y de amistad, buena calidad de interacciones sociales, salud general y satisfacción en el trabajo (Lopes et al., 2004). Por otro lado, la IE contribuye a una mejor salud mental, correlacionando con menores niveles de depresión, ansiedad y estrés (Slaski y Cartwright, 2002; Tsaousis y Nikolaou, 2005). La investigación sobre regulación emocional revela dificultades en el uso y procesamiento de la información afectiva como un factor clave en la mayoría de los trastornos mentales. En base a esto, se planteó si tras esta dificultad en regulación emocional en los trastornos mentales en general, estarían dificultades concretas en percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional. De hecho, por ejemplo, la incapacidad para identificar las diferentes emociones se ha considerado como un componente esencial en la disregulación emocional que afecta a los sujetos con TLP. En esta misma línea, Samamé, Martino y Strejilevich (2015) utilizando el Test MSCEIT hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con TB y el grupo control en relación al rendimiento en Inteligencia emocional, con peores puntuaciones para el grupo clínico.

A pesar de todas estas investigaciones, no se ha hallado ningún estudio que compare IE entre el Trastorno bipolar y el Trastorno límite de la personalidad. Por ello, el objetivo general de esta tesis es analizar las diferencias en ambos constructos entre estos dos grupos clínicos.

La estructura de este trabajo es la siguiente. En una *primera parte*, se revisan los contenidos considerados de mayor relevancia teórica para el estudio. En el capítulo primero se presenta una revisión del TB, destacando las características clínicas, epidemiología, etiología y comorbilidad. El capítulo segundo se centra en el TLP. En él se desarrollan las características clínicas, epidemiología, evolución y pronóstico, etiología y comorbilidad. El capítulo tercero revisa el concepto de IE, profundizando en los conceptos de emoción e inteligencia por separado, la evaluación de la IE y su influencia en el campo de la Salud Mental. En el cuarto capítulo se revisan los estudios relacionados con la IE en el TB y en el quinto se presentan las investigaciones sobre IE en el TLP. En una *segunda parte* se desarrolla el trabajo empírico de esta investigación. El capítulo sexto presenta los objetivos e hipótesis. El capítulo séptimo expone el método de la investigación con la descripción de las características del estudio y de la muestra. Los resultados de esta investigación se detallan en el capítulo octavo. En los capítulos noveno y

Introducción general

décimo se discuten los resultados y se presentan las conclusiones derivadas del estudio. Por último, en los anexos se adjuntan documentos referentes a la aprobación del Comité de Ética del Hospital General Universitario Morales Meseguer, el consentimiento informado y la hoja de datos básicos elaborada para la codificación de las principales variables sociodemográficas y clínicas consideradas de interés.

PARTE TEÓRICA

Capítulo 1

EL TRASTORNO BIPOLAR

El trastorno bipolar (en adelante, TB) es una enfermedad de carácter crónico, con exacerbaciones y remisiones. El curso longitudinal de la misma forma parte intrínseca de su definición y permite diferenciarla de otros trastornos psiquiátricos. Existen unos marcadores de curso que determinan claramente el pronóstico del TB (Craney y Geller, 2003; Perlis et al., 2004; Post et al., 2010; Schürhoff et al., 2000).

Es una patología con una elevada prevalencia e incidencia en la población general. En Europa la prevalencia del TB es de aproximadamente 21.000.000 de personas, lo que supone un coste anual de superior a 100 billones de euros (Di Luca et al., 2011), siendo la enfermedad mental que supone un mayor gasto en el ámbito de la salud.

A lo largo de las dos últimas décadas, se ha ido evidenciando que los pacientes bipolares presentan tanto disfunciones cognitivas como dificultades en su funcionamiento psicosocial que van más allá de los propios episodios de

la enfermedad, incluso durante períodos de estabilidad anímica (Goetz et al., 2007; Martínez-Arán et al., 2000; Sánchez-Moreno et al., 2009).

En una revisión reciente Gitlin y Miklowitz, (2016) encontraron que los dos factores más potentes que predicen el mal funcionamiento de estos pacientes son la depresión (incluyendo los estados subsindrómicos) y el fallo neurocognitivo.

En los siguientes apartados profundizaremos en la evolución histórica del trastorno, delimitación actual, características clínicas, etiología, curso y pronóstico, epidemiología y comorbilidad, para finalizar con las consecuencias funcionales en los pacientes y en sus familiares más cercanos.

1.1. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL TRASTORNO BIPOLAR

Los primeros documentos referentes a la manía y a la melancolía se remontan a Areteo de Capadocia, en el siglo II a.C. (Colom y Vieta, 2004). Este médico griego es el pionero en la incorporación de las primeras descripciones sistemáticas de depresión y manía en una misma entidad clínica, es decir, considerándolas partes de una misma entidad nosológica. Observó que, a pesar de las remisiones, la enfermedad aparecía de forma cíclica, sin que su desaparición garantizara la cura del paciente.

Hipócrates, en el siglo V y VI a.C., describía pacientes coléricos y melancólicos por un exceso de alguno de los humores. Para Hipócrates, la *melancolía* se refería a estados de inhibición, abatimiento y tristeza y se originaba por desequilibrios en la secreción de *bilis negra*, o bien por una mala combustión de esta sustancia dentro del organismo que daría lugar a restos tóxicos. De hecho, el término melancolía proviene del griego *melaina chole*, que significa bilis negra (Dodds, 2003). Asimismo, el término *manía* también tiene su origen en los escritos de Hipócrates aunque, a diferencia de su uso actual, el término no se relacionaba con el estado de ánimo, sino que era utilizado para describir estados delirantes o psicóticos que cursaban sin la presencia de "fiebre", a diferencia del llamado *delirio*.

Aristóteles, en el siglo IV a.C., recoge el término *melancolía* en algunos de sus escritos para relacionarlos con personas especialmente sensibles e inteligentes. Este filósofo, considerado como el autor de la obra "*problemata*", parece haber reconocido una cierta forma del espectro bipolar, hace más de dos milenios.

Las diferentes interrelaciones de autores de diversas culturas a través de varios siglos, pueden tener implicaciones en la naturaleza "objetiva" de la enfermedad psiquiátrica (Pies, 2007). Esta concepción humoral de los trastornos mentales se conservará prácticamente intacta en la medicina occidental hasta el siglo XIX, momento en que se empieza a utilizar la palabra "depresión" como término diagnóstico.

Las primeras descripciones detalladas de la enfermedad datan de mitad del siglo XIX, con la "folie circulaire" o "locura circular" de Falret (1854) y la "folie à double forme" o "locura doble" de Baillarger (1854). Se trataría de cuadros caracterizados ambos, por periodos de excitación, tristeza y un intervalo lúcido de duración variable, introduciendo la idea de recurrencia y el carácter cíclico de la enfermedad.

El concepto de psicosis maciaco-depresiva ha ido evolucionando hasta la moderna acepción de trastorno bipolar. De clasificarse entre las psicosis, distinguiéndose de las formas crónicas y deteriorantes, a las que Bleuler llamó esquizofrenias, ha pasado a formar parte de los trastornos del estado de ánimo, más cercana a lo que denominaríamos neurosis depresiva.

Emil Kraepelin delimitó las fronteras de la enfermedad al introducir el estudio longitudinal como elemento diagnóstico imprescindible. Delimita las fronteras de la psicosis maniaco-depresiva con la esquizofrenia, describe el curso episódico de la enfermedad, formula su heredabilidad y caracteriza sus principales formas clínicas (Vieta, 2006).

Cade (1949) ya realizó observaciones preliminares con el litio y otros productos con propiedades eutimizantes (equilibradoras del estado del ánimo), antidepressivas y antipsicóticas.

Leonhard (1957) separa los trastornos afectivos en función de la presencia o no de manía, dividiéndolos en trastornos bipolares y monopolares (unipolares). En el último cuarto del siglo XX, la nosología norteamericana se impone sobre las escuelas europeas, influenciada por la fuerza de sus avances en otras disciplinas médicas y de su economía. La elaboración de criterios diagnósticos estandarizados ha facilitado enormemente la investigación, al aumentar la fiabilidad del diagnóstico y la posibilidad de utilizar un lenguaje común, pero ha empeorado de forma indudable la psicopatología y la capacidad de observación (Vieta, 2006).

La distinción entre trastorno bipolar tipo I y trastorno bipolar tipo II aparece en la década de los años 70, en EEUU (Depue y Monroe, 1978). Los

primeros serían esos casos en los que ha aparecido algún episodio maniaco, mientras que en los segundos, habrían aparecido episodios hipomaniacos pero nunca uno maniaco.

El primer sistema diagnóstico independiente de la Asociación Psiquiátrica Americana, el "Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales" (DSM-I) aparece en 1952, y tanto esta edición como la siguiente están muy influidas por la teoría psicoanalítica, dominante en la época. Se produce un vuelco importante a partir de la tercera edición del DSM (1980), inspirado no en Freud sino en Kraepelin, y muy influido -al igual que las ediciones sucesivas- por los criterios diagnósticos formulados por Robins y Guze (1970) y por los criterios de investigación de Spitzer (1978). A partir del DSM-IV (APA, 1994) se reconoce por primera vez la utilidad de distinguir entre a los pacientes con trastorno bipolar en tipo I y tipo II.

El DSM-IV-TR (APA, 2000), establece la ciclación rápida, que es la sucesión de episodios de manía o depresión en número superior a cuatro anuales (Fieve y Dunner, 1975). Los siguientes especificadores se aplican a los trastornos bipolar y trastornos relacionados en los casos indicados: Con ansiedad (*especificar* la gravedad actual: leve, moderado, moderado-grave, grave); Con características mixtas; Con ciclos rápidos; Con características melancólicas; Con características atípicas; Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo; Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo; Con catatonía; Con inicio durante el parto; Con patrón estacional.

En el DSM-5, el trastorno bipolar deja de formar parte de los trastornos del estado de ánimo y se incluye en una nueva categoría que se denomina Trastorno bipolar y trastornos relacionados (APA, 2013). De modo que aparecen diferenciados los trastornos bipolares de los trastornos depresivos, estando ambos en categorías diferentes.

1.2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES: DELIMITACIÓN CLÍNICA

El DSM-5 incluye el trastorno bipolar dentro de la categoría diagnóstica, separada de los trastornos afectivos, definiéndose como Trastorno bipolar y trastornos relacionados, donde se incluye el trastorno bipolar con sus diferentes especificaciones diagnósticas. Además se incluyen el trastorno

bipolar y trastorno relacionado inducidos por sustancias/medicamentos, el trastorno bipolar y trastorno relacionado debidos a otra afección médica, otro trastorno bipolar y trastorno relacionado especificados y por último, trastorno bipolar y trastorno relacionado no especificados.

En esta última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, para el diagnóstico de manía o de hipomanía, se incluye el criterio de "aumento de la energía o de la actividad orientada a objetivos respecto a lo habitual en el sujeto", pero no como criterio independiente sino añadido a la elevación del estado de ánimo.

Asimismo, en el DSM-5 por primera vez, se considera que los pacientes sin antecedentes previos de trastorno bipolar en tratamiento antidepresivo (farmacológico, terapia electro-convulsiva, etc.) que tengan un viraje a un síndrome maniaco de intensidad y duración suficientes, pueden ser considerados como pacientes con trastorno bipolar.

En la Tabla 1.1 se especifican los criterios diagnósticos para al Episodio maniaco.

Tabla 1.1

Criterios diagnósticos Episodio maniaco según el DSM-5 (APA, 2013; p.124)

Episodio maniaco

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía dirigida a un objetivo, que dura **como mínimo una semana** y está presente la mayor parte del día, casi todos los días (o cualquier duración si se necesita hospitalización).
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía o actividad, existen tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable) en un grado significativo y representan un cambio notorio del comportamiento habitual:
 - a. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - b. Disminución de la necesidad de dormir (p. e., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - c. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.

- d. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - e. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 - f. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora (es decir, actividad sin ningún propósito no dirigida a un objetivo).
 - g. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. e., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. La alteración del estado del ánimo es suficientemente grave para causar un deterioro importante en el funcionamiento social o laboral, para necesitar hospitalización con el fin de evitar el daño a sí mismo o a otros, o porque existen características psicóticas.
- D. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. e., una droga, un medicamento, otro tratamiento) o a otra afección médica.

Nota: Un episodio maníaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. e., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio maníaco y, en consecuencia, un diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Los Criterios A–D constituyen un episodio maníaco. Se necesita al menos un episodio maníaco a lo largo de la vida para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Como se puede observar en la Tabla 1.2 se enumeran y explican los criterios diagnósticos para el Episodio hipomaníaco según el DSM-5.

Tabla 1.2

Criterios diagnósticos Episodio hipomaniaco según el DSM-5 (APA, 2013; p.124)

Episodio hipomaniaco

- A. Un período bien definido de estado de ánimo anormalmente y persistentemente elevado, expansivo o irritable, y un aumento anormal y persistente de la actividad o la energía, que dura **como mínimo cuatro días** consecutivos y está presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- B. Durante el período de alteración del estado de ánimo y aumento de la energía y actividad, han persistido tres (o más) de los síntomas siguientes (cuatro si el estado de ánimo es sólo irritable), representan un cambio notorio del comportamiento habitual y han estado presentes en un grado significativo:
 - a. Aumento de la autoestima o sentimiento de grandeza.
 - b. Disminución de la necesidad de dormir (p. e., se siente descansado después de sólo tres horas de sueño).
 - c. Más hablador de lo habitual o presión para mantener la conversación.
 - d. Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que los pensamientos van a gran velocidad.
 - e. Facilidad de distracción (es decir, la atención cambia demasiado fácilmente a estímulos externos poco importantes o irrelevantes), según se informa o se observa.
 - f. Aumento de la actividad dirigida a un objetivo (social, en el trabajo o la escuela, o sexual) o agitación psicomotora.
 - g. Participación excesiva en actividades que tienen muchas posibilidades de consecuencias dolorosas (p. e., dedicarse de forma desenfrenada a compras, juergas, indiscreciones sexuales o inversiones de dinero imprudentes).
- C. El episodio se asocia a un cambio inequívoco del funcionamiento que no es característico del individuo cuando no presenta síntomas.
- D. La alteración del estado de ánimo y el cambio en el funcionamiento son observables por parte de otras personas.

El trastorno bipolar

- E. El episodio no es suficientemente grave para causar una alteración importante del funcionamiento social o laboral, o necesitar hospitalización. Si existen características psicóticas, el episodio es, por definición, maniaco.
- F. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento, otro tratamiento).

Nota: Un episodio hipomaniaco completo que aparece durante el tratamiento antidepresivo (p. e., medicación, terapia electroconvulsiva) pero persiste en un grado totalmente sindrómico más allá del efecto fisiológico de ese tratamiento es prueba suficiente de un episodio hipomaniaco. Sin embargo, se recomienda precaución porque uno o dos síntomas (particularmente el aumento de la irritabilidad, nerviosismo o agitación después del uso de antidepresivos) no se consideran suficientes para el diagnóstico de un episodio hipomaniaco, ni indica necesariamente una diátesis bipolar.

Nota: Los criterios A–F constituyen un episodio hipomaniaco. Los episodios hipomaniacos son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Atendiendo al DSM-5 (APA, 2013) en la Tabla 1.3 quedan explicados cada uno de los criterios diagnósticos para el Episodio depresivo mayor.

Tabla 1.3

Criterios diagnósticos Episodio depresivo mayor según el DSM-5 (APA, 2013; p.125)

Episodio de depresión mayor

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de **dos semanas** y representan un cambio del funcionamiento anterior; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer. *Nota:* No incluye síntomas que se puedan atribuir claramente a otra afección médica.
 - a. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p.e., se

siente triste, vacío o sin esperanza) o la observación por parte de otras personas (p.e., se le ve lloroso). *Nota:* En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.

- b. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
- c. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p.e. modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. *Nota:* en los niños, considerar el fracaso en el aumento del peso esperado.
- d. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
- e. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o enlentecimiento).
- f. Fatiga o pérdida de la energía casi todos los días.
- g. Sentimientos de inutilidad o de culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- h. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o de tomar decisiones, casi todos los días (a partir del relato subjetivo o de la observación por parte de otras personas).
- i. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor. Los episodios de depresión mayor son frecuentes en el trastorno bipolar I pero no son necesarios para el diagnóstico de trastorno bipolar I.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o una discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, falta del apetito y pérdida de peso

El trastorno bipolar

descritos en el Criterio A, que pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería considerar atentamente la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

Como puede verse a continuación, en el caso del trastorno bipolar tipo I y tipo II, los criterios diagnósticos según el DSM-5 quedan especificados respectivamente en las Tablas 1.4 y 1.5.

Tabla 1.4

Criterios diagnósticos Trastorno bipolar I según el DSM-5 (APA, 2013; p.123)

Trastorno bipolar I

Para un diagnóstico de trastorno bipolar I, es necesario que se cumplan los criterios para un episodio maníaco. Antes o después del episodio maníaco pueden haber existido episodios hipomaniacos o episodios de depresión mayor.

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio maníaco (Criterios A–D en “Episodio maníaco” antes citados).
- B. La aparición del episodio(s) maníaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.

Especificar si: Con ansiedad, Con características mixtas, Con ciclos rápidos, Con características melancólicas, Con características atípicas, Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, Con catatonía, Con inicio en el periparto, Con patrón estacional.

Tabla 1.5

Criterios diagnósticos Trastorno bipolar II según el DSM-5 (APA, 2013; p.132)

Trastorno bipolar II

Para un diagnóstico de trastorno bipolar II, es necesario que se cumplan los criterios para un episodio hipomaniaco actual o pasado *y* los criterios para un episodio de depresión mayor actual o pasado

- A. Se han cumplido los criterios al menos para un episodio hipomaniaco (Criterios A–F antes citados en “Episodio hipomaniaco”) al menos para un episodio de depresión mayor (Criterios A–C en “Episodio de depresión mayor” antes citados).
- B. Nunca ha habido un episodio maniaco.
- C. La aparición del episodio(s) hipomaniaco(s) y de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno de ideas delirantes, u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos especificados o no especificados.
- D. Los síntomas de depresión o de incertidumbre causados por la alternancia frecuente de períodos de depresión e hipomanía provocan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

Especificar el episodio actual o más reciente: Hipomaniaco o Depresivo.

Especificar si: Con ansiedad, Con características mixtas, Con ciclos rápidos, Con características psicóticas congruentes con el estado de ánimo, Con características psicóticas no congruentes con el estado de ánimo, Con catatonía, Con inicio en el periparto, Con patrón estacional (sólo se aplica al patrón de episodios de depresión mayor).

Especificar el curso si no se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: En remisión parcial, En remisión total.

Especificar la gravedad si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio del estado de ánimo: Leve, Moderado, Grave.

Otro de los sistemas de clasificación utilizados es la CIE-10, elaborado por la OMS. En ella, el TB se incluye dentro de la categoría de los Trastornos del humor o afectivos. La alteración fundamental en estos trastornos es una alteración del humor o de la afectividad, por lo general en el sentido de la depresión (acompañada o no de ansiedad) o en el de la euforia. Este cambio suele acompañarse de una elevación del nivel general de actividad (vitalidad). La mayoría del resto de los síntomas son secundarios a estas alteraciones del humor y de la vitalidad o son comprensibles en su contexto. La mayoría de estos trastornos tienden a ser recurrentes y el inicio de cada episodio suele estar en relación con acontecimientos o situaciones estresantes. A continuación se presentan las características de cada uno de los episodios y categorías diagnósticas incluidas dentro del Trastorno bipolar, según la OMS (1992):

- Episodio maníaco (F30):

Se especifican aquí tres niveles de gravedad que comparten la exaltación del humor, y el aumento de la cantidad y velocidad de la actividad física y mental propias del individuo. Todas las subdivisiones de esta categoría deben utilizarse sólo para episodios maníacos aislados. En el caso de que haya episodios del trastorno del humor (afectivos) anteriores o posteriores, ya sean depresivos, maníacos o hipomaníacos, debe recurrirse al trastorno bipolar. Incluye: Trastorno bipolar aislado y Episodio maníaco aislado.

- Hipomanía (F30.0):

La hipomanía es un grado menor de manía (F30.1) en el que las alteraciones del humor y del comportamiento son demasiado persistentes y marcadas como para ser incluidas en el apartado de ciclotimia (F34.0) pero a su vez no se acompañan de alucinaciones o ideas delirantes. Hay una exaltación leve y persistente del ánimo (durante al menos varios días seguidos), un aumento de la vitalidad y de la actividad y por lo general, sentimientos marcados de bienestar y de elevado rendimiento físico y mental. También es frecuente que el individuo se vuelva más sociable, hablador, que se comporte con una familiaridad excesiva, que muestre un excesivo vigor

sexual y una disminución de la necesidad de sueño, pero nada de esto tiene una intensidad suficiente como para interferir con la actividad laboral o provocar rechazo social. En algunos casos la irritabilidad, el engreimiento y la grosería pueden sustituir a la exagerada sociabilidad eufórica.

Puede alterarse la capacidad de atención y concentración, dando lugar a una imposibilidad para desarrollar con calma actividades laborales, de entretenimiento o descansar tranquilamente. No obstante, esto no suele impedir el interés por actividades y empresas totalmente nuevas o por gastos ligeramente excesivos.

Pautas para el diagnóstico: Deben presentarse varias de las características citadas más arriba de exaltación o de alteración del estado de ánimo, y del aumento de la vitalidad durante al menos varios días seguidos, en un grado y con una persistencia mayor que la descrita para la ciclotimia (F34.0). Una interferencia considerable con la actividad laboral o social permite el diagnóstico de hipomanía pero si la interferencia es grave o completa se debe diagnosticar de manía (F30.1 o F30.2).

- Manía sin síntomas psicóticos (F30.1):

En este trastorno existe una exaltación del humor sin relación con las circunstancias ambientales, que puede variar desde una jovialidad descuidada hasta una excitación casi incontrolable. La euforia se acompaña de aumento de vitalidad con hiperactividad, logorrea y una disminución de las necesidades de sueño. Hay una pérdida de la inhibición social normal, una imposibilidad de mantener la atención y gran tendencia a distraerse. La estimación de sí mismo crece desmesuradamente y se expresan sin inhibiciones ideas de grandeza o extraordinariamente optimistas.

Pueden presentarse trastornos de la percepción tales como una apreciación de los colores en forma especialmente vivida (y por lo general hermosa), o bien una preocupación con los detalles finos de las superficies o texturas, así como hiperacusia subjetiva. El individuo se puede embarcar en proyectos extravagantes e impracticables, gastar dinero de forma descabellada o tornarse excesivamente agresivo, cariñoso o chistoso en circunstancias inadecuadas. En algunos episodios maníacos, el humor es irritable y receloso más que exaltado. La primera manifestación tiene lugar con mayor frecuencia

El trastorno bipolar

entre los 15 y los 30 años de edad, pero puede presentarse a cualquier edad desde el final de la infancia hasta la séptima u octava década de la vida.

Pautas para el diagnóstico: El episodio debe durar al menos una semana, debe ser lo suficientemente grave como para alterar la actividad laboral y social de forma más o menos completa. La alteración del humor debe acompañarse de un aumento de la vitalidad y varios de los síntomas descritos en el apartado previo (en particular la logorrea, la disminución de las necesidades del sueño, las ideas de grandeza y el optimismo excesivo).

- Manía con síntomas psicóticos (F30.2):

El cuadro clínico es el de una forma de manía más grave que la descrita en F30.1. El grado de aumento de la estimación de sí mismo y las ideas de grandeza pueden desembocar en ideas delirantes, así como la irritabilidad y el recelo pueden dar paso a las ideas delirantes de persecución. En los casos graves pueden presentarse marcadas ideas delirantes de grandeza o religiosas referidas a la propia identidad o a una misión especial. La fuga de ideas y la logorrea pueden dar lugar a una falta de comprensibilidad del lenguaje. La excitación y la actividad física intensa y mantenida pueden dar lugar a agresiones o violencias. El descuido de la alimentación, de la ingesta de líquidos y de la higiene personal puede dar lugar a situaciones peligrosas de deshidratación y abandono. Si fuere necesario, las ideas delirantes y las alucinaciones pueden calificarse de congruentes o no congruentes con el estado de ánimo. "No congruente" incluye las ideas delirantes y alucinaciones que se presentan con un estado de ánimo neutro, por ejemplo, ideas de referencia sin sentimientos de culpabilidad o sin sentirse acusado o voces alucinatorias sobre temas que no tienen un significado emocional especial.

Incluye: Estupor maniaco.

- Trastorno bipolar (F31):

Trastorno caracterizado por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los que el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, en una

disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Lo característico es que se produzca una recuperación completa entre los episodios aislados. A diferencia de otros trastornos del humor (afectivos) la incidencia en ambos sexos es aproximadamente la misma. Dado que los enfermos que sufren únicamente episodios repetidos de manía son relativamente escasos y de características muy parecidas (antecedentes familiares, personalidad premórbida, edad de comienzo y pronóstico a largo plazo) al resto de los enfermos que tienen al menos episodios ocasionales de depresión, estos enfermos se clasifican como otro trastorno bipolar (F31.8).

Los episodios de manía comienzan normalmente de manera brusca y se prolongan durante un período de tiempo que oscila entre dos semanas y cuarto a cinco meses (la duración mediana es de cuatro meses). Las depresiones tienden a durar más (su duración mediana es de seis meses), aunque rara vez se prolongan más de un año, excepto en personas de edad avanzada. Ambos tipos de episodios sobrevienen a menudo a raíz de acontecimientos estresantes u otros traumas psicológicos, aunque su presencia o ausencia no es esencial para el diagnóstico. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la infancia hasta la senectud. La frecuencia de los episodios y la forma de las recaídas y remisiones pueden ser muy variables, aunque las remisiones tienden a ser más cortas y las depresiones más frecuentes y prolongadas al sobrepasar la edad media de la vida. Incluye: Trastorno maníaco-depresivo, Psicosis maníaco-depresiva y Reacción maníaco-depresiva. Excluye: Trastorno bipolar, episodio maníaco (F30.-) y Ciclotimia.

- Trastorno bipolar, episodio actual hipomaniaco (F31.0):

Pautas para el diagnóstico: a) Que el episodio actual satisfaga las pautas de hipomanía (F30.0); b) que se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

El trastorno bipolar

- Trastorno bipolar, episodio actual maníaco sin síntomas psicóticos (F31.1):

Pautas para el diagnóstico: a) Que el episodio actual satisfaga las pautas de manía sin síntomas psicóticos (F30.1); b) que se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

- Trastorno bipolar, episodio actual maníaco con síntomas psicóticos (F31.2):

Pautas para el diagnóstico: a) Que el episodio actual satisfaga las pautas de manía con síntomas psicóticos (F30.2); b) que se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo leve o moderado (F31.3):

Pautas para el diagnóstico: a) El episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo leve (F32.0) o moderado (F32.1); b) que se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado. Se puede utilizar un quinto carácter para especificar la presencia o ausencia de síntomas somáticos en el episodio depresivo actual: Sin síndrome somático (F31.30) o Con síndrome somático (F31.31).

- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave sin síntomas psicóticos (F31.4):

Pautas para el diagnóstico: a) Que el episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos (F32.2); b) que se haya presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maníaco, depresivo o mixto en el pasado.

- Trastorno bipolar, episodio actual depresivo grave con síntomas psicóticos (F31.5):

Pautas para el diagnóstico: a) Que episodio actual satisfaga las pautas de episodio depresivo grave con síntomas psicóticos (F32.3); b) que se haya

presentado al menos otro episodio hipomaniaco, maniaco, depresivo o mixto en el pasado.

- Trastorno bipolar, episodio actual mixto (F31.6):

El enfermo ha padecido en el pasado por lo menos un episodio hipomaniaco, maniaco o mixto y en la actualidad presenta una mezcla o una sucesión rápida de síntomas maniacos, hipomaniacos y depresivos.

Pautas para el diagnóstico: Alternancia de los episodios maniacos y depresivos, separados por períodos de estado de ánimo normal, aunque no es raro encontrar un estado de humor depresivo se acompañe durante días o semanas de hiperactividad y logorrea o que un humor maniaco e ideas de grandeza se acompañe de agitación y pérdida de la vitalidad y de la libido. Los síntomas maniacos y depresivos pueden también alternar rápidamente, de día en día o incluso de hora en hora. El diagnóstico de trastorno bipolar mixto sólo deberá hacerse si ambos tipos de síntomas, depresivos y maniacos, son igualmente destacados durante la mayor parte del episodio actual de enfermedad, que debe durar como mínimo dos semanas. Excluye: Episodio afectivo mixto aislado (F38.0).

- Trastorno bipolar, actualmente en remisión (F31.7):

El enfermo ha padecido al menos un episodio maniaco, hipomaniaco o mixto en el pasado y por lo menos otro episodio maniaco, hipomaniaco, depresivo o mixto, pero en la actualidad no sufre ninguna alteración significativa del estado de ánimo ni la ha sufrido en varios meses. No obstante, puede estar recibiendo tratamiento para reducir el riesgo de que se presenten futuros episodios.

- Otros trastornos bipolares (F31.8):

Incluye: Trastorno bipolar de tipo II y Episodios maniacos recurrentes.

- Trastorno bipolar sin especificación (F31.9):

Dos de las principales diferencias entre el DSM-5 y la CIE-10 se refieren a la ausencia de reconocimiento del TB tipo II en ésta última, así como el no considerar a los pacientes con un único episodio maníaco o a los pacientes con manía unipolar como dentro del TB tipo I.

Una de las novedades más importantes respecto a los trastornos afectivos en el DSM- 5 se refiere a la desaparición de la categoría de episodio mixto en los trastornos bipolares. El carácter mixto de los episodios afectivos pasa a ser un especificador de curso. De esta forma, se puede aplicar tanto a los episodios depresivos del trastorno bipolar como a la depresión unipolar, y tanto a los episodios maníacos como a los hipomaníacos.

Además, en el DSM-5, en relación a los especificadores de curso, se añade el patrón estacional para su aplicación también en los episodios de hipomanía, ya que previamente solo se contemplaba para los episodios depresivos.

1.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

1.3.1. Clínica de la fase depresiva

La fase depresiva del trastorno bipolar tiene una serie de características diferenciales con la fase depresiva de la depresión endógena unipolar por un lado, y de las reactivas o situacionales por otro.

La fase depresiva del trastorno bipolar se acompaña con frecuencia de un predominio de la apatía sobre la tristeza, de la inhibición psicomotriz sobre la ansiedad y de la hipersomnía sobre el insomnio.

Otras diferencias descritas en la bibliografía entre las depresiones bipolares y las unipolares es que en las primeras la incidencia de anorexia y pérdida de peso es menor, y en cambio la labilidad emocional y la probabilidad de desarrollar síntomas psicóticos en los casos graves son mayores. Epidemiológicamente, la edad de inicio o debut del trastorno en los deprimidos bipolares es inferior y la incidencia de episodios postparto, mayor.

Otras características diferenciales de las depresiones bipolares son los antecedentes familiares de manía y de suicidio consumado y la buena respuesta al litio (Dunner, 1980). En pacientes jóvenes, es relativamente frecuente la presencia de síntomas catatoniformes o estupor, y en ancianos, clínica de pseudodemencia.

Ratheesh et al. (2017) realizaron un meta-análisis de estudios de seguimiento en pacientes con TB, con el objetivo de identificar las tasas y características predictivas de la transición de pacientes con trastorno depresivo mayor a trastorno bipolar. Encontraron que casi la cuarta parte de los adultos (22.5%) y adolescentes con trastorno depresivo mayor, con una duración media de 12-18 años, desarrollaron TB, estando el mayor riesgo de transición en los primeros cinco años. Se identificó que dicha transición fue predicha por antecedentes familiares de TB, edad más temprana de inicio de la depresión y presencia de síntomas psicóticos.

Aunque no existen características patognomónicas para la depresión bipolar en comparación con la depresión unipolar, se describen variables clínicas y epidemiológicas diferenciales cuando se analizan transversalmente las dos enfermedades, tal y como puede verse en la Tabla 1.7.

Tabla 1.7

Características diferenciales entre la depresión bipolar y unipolar()*

	Depresión bipolar	Depresión unipolar
Distribución por sexo	Mujeres = Varones	Mujeres > Varones
Edad de inicio	Adolescencia, 20-30 años	30-50 años
Comienzo del episodio	Generalmente agudo	Más insidioso
Cantidad de episodios	Mayor	Menor
Duración de los episodios	Menor (3 a 6 meses)	Mayor (3 a 12 meses)
Síntomas psicóticos	Más frecuente	Menos frecuente
Inicio en el postparto	Más frecuente	Menos frecuente
Actividad psicomotora	Retardada > agitada	Agitada > retardada
Sueño	Hipersomnias > insomnio	Insomnio > hipersomnias
Variaciones de peso	Incremento	Pérdida

El trastorno bipolar

Quejas somáticas	Menos frecuente	Más frecuente
Consumo de sustancias	Muy frecuente	Moderado
Inducción de manía por antidepresivos	Más frecuente	Menos frecuente
Historia de hipomanía/manía	Si	No
Temperamento	Ciclotímico	Distímico
Historia familiar bipolar	Alta	Baja
Historia familiar unipolar	Alta	Alta

(*) Modificado de Akiskal (2005), Baldessarini, Tondo, Ghiani y Lepri (2010), Souery et al. (2011) y Vázquez (2014)

1.3.2. Clínica de la manía aguda

Seguendo a Vallejo (2011) y Vieta (2010) la manía, en la actual acepción psiquiátrica, es un cuadro de exaltación del estado de ánimo que puede acompañarse de irritabilidad. El paciente maniaco se presenta con una desinhibición social que se refleja en un contacto más jovial y una manera de vestir inadecuada o extravagante. En este aumento de la actividad social se pueden incluir relaciones interpersonales y actividades lúdicas nocturnas que, junto a un aumento del deseo y actividad sexual, puede llevar a un incremento de la promiscuidad sexual y rupturas matrimoniales subsiguientes.

El paciente puede presentar distraibilidad y desinhibición conductual con tendencia a la inadecuación, excesiva familiaridad o actitudes provocativas. En pacientes altamente irritables se puede pasar incluso con relativa facilidad a la ira e incluso a la heteroagresividad física o verbal.

El discurso del paciente es logorreico y saltigrado. Uno de los síntomas principales del cuadro es la exaltación y expansividad del estado de ánimo, acompañado de un sentimiento de elevada autoestima con sobrevaloración del yo, una creencia de incremento de las capacidades y un optimismo exagerado, con falta de *insight* sobre proyectos, sin valorar posibles consecuencias imprevisibles.

En el episodio maníaco, el paciente muestra una exagerada generosidad llegando a invertir grandes cantidades de dinero en proyectos ruinosos, de los cuales se puede arrepentir una vez ha remitido el episodio.

Alrededor del 75% de los pacientes presentan síntomas psicóticos asociados a la clínica afectiva (Vieta, 2011). Los delirios pueden ser congruentes con el estado de ánimo, cuando el contenido es de grandiosidad, megalomanía o mesianismo. Es frecuente que la megalomanía lleve al paciente a considerarse un ser especial y por consiguiente, envidiado o perseguido por sus enemigos, adoptando un cariz paranoide y, por lo tanto, no congruente con el estado de ánimo. Cada vez hay más evidencias de que en la manía pueden aparecer todo tipo de síntomas psicóticos. Para algunos autores, los delirios no congruentes con el estado de ánimo son incluso más frecuentes que los congruentes (González-Pinto et al., 1998; González-Pinto et al., 2003). De hecho, cada vez hay más evidencias de que síntomas tradicionalmente considerados exclusivos de la esquizofrenia, como los síntomas de primer rango de Kurt Schneider, pueden presentarse en pacientes bipolares durante un episodio maníaco.

Cabe destacar que las alucinaciones auditivas no son tan frecuentes como en la esquizofrenia, sin embargo, es muy característica la hiperestesia sensorial tanto visual, auditiva como cenestopática. La identificación de alteraciones sensorio-perceptivas puede dar lugar a diagnósticos erróneos de esquizofrenia.

Todo este cuadro también puede ir acompañado de una sensación de gran lucidez mental, con taquipsiquia e hiperactividad que conduce, en muchos pacientes, a un período de productividad. Sin embargo, a lo largo del episodio, lo más común es que la desorganización conductual y del pensamiento desemboquen en un empeoramiento del rendimiento.

La aceleración del curso del pensamiento puede dar lugar a laxitud, descarrilamientos, pensamiento saltigrado, que se pueden expresar en forma de ideofugacidad, llegando a un discurso plagado de asonancias, rimas y juegos de palabras. En ocasiones la velocidad del pensamiento puede llegar a ser tal, que el paciente se muestre bloqueado.

El paciente maníaco presenta insomnio en forma de disminución de las necesidades del sueño que, a menudo, es uno de los síntomas de inicio de la fase que predicen una descompensación. El insomnio puede ser de inicio, de

mantenimiento o ambos, y no va acompañado de sensación de cansancio, por lo que muchos pacientes no refieren problemas en el hábito del sueño.

El nivel de conciencia normalmente está conservado, pero existe una forma de manía, la manía confusa, que plantea dificultades en el diagnóstico diferencial con cuadros de delirium. Dicho cuadro es frecuente en los casos de debut post-parto (Otero, 1997). Se observa alteración cognitiva con déficits mnésicos, especialmente en la memoria a corto plazo, consecuencia de las dificultades de concentración y fijación de recuerdos que comporta la aceleración del pensamiento.

1.3.3. Características clínicas del episodio hipomaniaco

La hipomanía es un estado en el que existe una elevación del humor menos intensa que en el caso de la manía. El paciente se muestra exaltado, con pensamientos positivos, ocurrencias divertidas, y un incremento de los niveles habituales de energía y actividad. Por definición, no hay síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones y, la actividad y la conducta no conllevan un deterioro importante a nivel socio-laboral, por lo que no es necesaria la hospitalización del paciente.

El criterio de duración del episodio también nos ayuda a categorizar una hipomanía ya que, según el DSM-5, se exige que sea de un mínimo de cuatro días, aunque algunos autores defienden que sea de menor duración, incluso de dos o un solo día (Angst et al., 2003; Angst et al., 2011).

Los pacientes tienen escasa conciencia de estar hipomaniacos y viven dicha situación como placentera, positiva y con añoranza una vez ha remitido ya que se sienten más creativos, activos y sociables. Sin embargo, hay que tener en cuenta que estas hipomanías son junto a la manía el predictor más potente de un nuevo episodio depresivo (Vieta, 1997). La hipomanía casi nunca es pues, motivo de consulta y debe ir a buscarse en la anamnesis de un paciente deprimido.

1.4. ETIOLOGÍA

Se considera que el trastorno bipolar tiene una etiología multifactorial, de modo que es el resultado de interacciones complejas entre factores de tipo biológico y de tipo psicosocial.

Siguiendo el modelo de vulnerabilidad-estrés, éstos últimos se consideran factores precipitantes, mientras que los factores de tipo biológico se relacionan directamente con la etiología de la propia enfermedad. De modo que, en un individuo que presente una predisposición genética a padecer trastorno bipolar, la presencia de factores desencadenantes, como por ejemplo estrés o consumo de tóxicos, provocarían una serie de alteraciones neurobioquímicas cerebrales que alterarían la capacidad de regulación de señales provenientes de diferentes estructuras cerebrales (Aas et al., 2016). Esta disregulación, a su vez, precipitaría la aparición de la sintomatología clínica asociada a dicha enfermedad.

La teoría del “kindling” o sensibilización, sostiene que tras la aparición del primer episodio agudo, que se presentaría como consecuencia de un factor precipitante de tipo psicosocial, la alteración neurobiológica adquiriría una cierta autonomía conforme la enfermedad progresa y las recaídas van aumentando (Post y Weiss, 1997).

1.4.1. Neurobiología del trastorno bipolar

El TB es una condición muy diversa que comparte mecanismos neurobiológicos con la depresión mayor y Trastornos del espectro psicótico.

1.4.1.1. Factores genéticos

Hay una creciente evidencia de un solapamiento de distintos sistemas biológicos que provocan un daño y expresión en los individuos predispuestos genéticamente. Mediadores inflamatorios actúan asociados al estrés oxidativo para disregular el metabolismo hormonal y la homeostasis circadiana, precipitando y perpetuando la enfermedad. Los trastornos del espectro bipolar tienen un fuerte componente genético; los estresores vitales graves actúan a través de varias vías causando la expresión fenotípica (Muneer, 2016).

Se estima que la herabilidad de dicho trastorno, es decir, la proporción del riesgo de padecer el trastorno atribuible a la variación genética, es del 85% (Bienvenu, Davydow y Kendler, 2011).

En relación a los *estudios de familia*, se estima que el riesgo de padecer la enfermedad entre parientes de primer grado es aproximadamente nueve veces mayor que en el caso de la población general (Barnett y Smoller, 2009). Se ha encontrado también que entre los familiares de pacientes con trastorno bipolar es habitual la presencia de antecedentes de diferentes patologías psiquiátricas además del trastorno bipolar, tales como depresión unipolar, trastorno esquizoafectivo y esquizofrenia, entre otros (Lohoff y Berridge, 2010). Algunos datos indican que los familiares de pacientes bipolares presentan un riesgo tres veces mayor de padecer depresión unipolar en comparación con la población general. De hecho, se considera que la edad de inicio precoz en el trastorno bipolar es un marcador de riesgo familiar para padecer trastornos afectivos (Smoller y Finn, 2003). Según Barnett y Smoller (2009), los estudios de familias también han revelado que existen algunas características fenotípicas inherentes al trastorno bipolar que parecen agregarse y transmitirse en las familias de dichos pacientes como, por ejemplo, la polaridad inicial, la respuesta al tratamiento con litio, la presencia de síntomas psicóticos, la comorbilidad con abuso de alcohol, trastorno de pánico y trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH), la frecuencia de los episodios afectivos, la ciclación rápida y la presencia de ideación y/o conducta suicida.

En *estudios de gemelos* se ha encontrado que en el trastorno bipolar, los gemelos monocigóticos presentan una tasa mayor de concordancia que los dicigóticos (45% versus 6%, respectivamente). De la comparación de dichas concordancias entre ambos tipos de gemelos se deduce que la heredabilidad del trastorno bipolar es del 80-85% (Barnett y Smoller, 2009).

De las investigaciones en base a *adopciones*, se deduce la importancia relativa de las variables genéticas y ambientales en el origen del trastorno bipolar (Rosa, Vilas-Fatjó, Gutierrez, Arias y Fañanás, 2010).

En los últimos años, genes implicados en las vías que son diana del mecanismo de acción de ciertos estabilizadores del ánimo están recibiendo gran atención. Más concretamente, genes implicados en el ciclo de los fosfoinositoles y la vía Wnt/ β -catenina. Además de su relevante rol como target en el mecanismo de acción del litio (Serretti, Drago y De Ronchi, 2009),

ciertas variantes en genes implicados en la vía Wnt/ β -catenina parece asociarse a una edad de inicio más temprana (Badenhop et al., 2002) y a la emergencia de conductas suicidas en pacientes bipolares (Jiménez, Arias, Mitjans y Benabarre, 2013). Ciertos polimorfismos tipo SNP (polimorfismo en el que cambia un solo nucleótido) localizados en genes pertenecientes al ciclo de los inositoles también se han asociado tanto a una mayor vulnerabilidad a padecer trastorno bipolar, como a una mayor vulnerabilidad para cometer intentos suicidas en este grupo de pacientes (Bloch et al., 2010; Jiménez et al., 2013).

Por otro lado, cabe destacar que existe un cierto solapamiento entre los genes implicados en el trastorno bipolar y la esquizofrenia. En esta línea, diversos estudios concluyen que genes implicados en procesos de neurodesarrollo, migración celular y neuroplasticidad, parecen desempeñar un rol significativo en ambos trastornos psiquiátricos (Craddock y Sklar, 2009; Fallin et al., 2005). Asimismo, también existen datos que asocian genes implicados en el sistema glutamatérgico de ambas enfermedades (Blackwood et al., 2007).

1.4.1.2. Factores bioquímicos

Existe cierta evidencia acerca de la implicación de los sistemas noradrenérgicos en las alteraciones del estado de ánimo que presentan los pacientes con trastorno bipolar (Swann et al., 1991; Vawter, Freed y Kleinman, 2000; Vieta y Bernardo, 1992). Otros autores encuentran apoyo para la implicación de los sistemas dopaminérgicos (Goldberg, Burdick y Endick, 2004; Joyce et al., 1995; Koslow et al., 1983; Zarate et al., 2004) y serotoninérgicos (Potter et al., 1985; Tondo, Vázquez y Baldessarini, 2010; Valenti et al., 2012; Young, Warsh, Kish, Shannak y Hornykeiwicz, 1994).

Además, el desajuste de los sistemas colinérgicos (Janowsky, el Yousef, Davis y Sekerke, 1972; Kupfer, Foster, Reich, Thompson y Weiss, 1976), glutamatérgicos (Vieta, Reinares y Franco, 2010; Zarate, Quiroz, Payne y Manji, 2002) y gabaérgicos (Petty, Kramer, Fulton, Moeller y Rush, 1993) también ha sido asociado a las manifestaciones emocionales y conductuales propias del trastorno bipolar (Goodwin y Jamison, 2007).

En relación con el sistema endocrino, en la actualidad existen numerosos datos refuerzan la implicación de ciertas alteraciones

neuroendocrinas en la etiopatogenia del trastorno bipolar. En este sentido, la hiperactivación del eje hipotálamo-hipófiso-supracortical es uno de los hallazgos más replicados (Benabarre y Vieta, 2000; Deshauer et al., 2003; Ellenbogen, Santo, Linnen, Walker y Hodgins, 2010; Rybakowski y Twardowska, 1999; Vieta et al, 1997; Watson, Gallagher, Ritchie, Ferrier y Young, 2004; Watson, Thompson, Malik, Ferrier y Young, 2005).

En relación a los biomarcadores, numerosos estudios demuestran que los pacientes con trastorno bipolar presentan alteraciones en algunos parámetros bioquímicos relacionados con procesos como el estrés oxidativo, disfunciones de tipo inmunológico y disregulación de las neurotrofinas (Kapczinski et al., 2009).

Numerosos hallazgos indican que una alteración en la regulación del BDNF (Brain Derived Neurotropic Factor), una neurotrofina implicada en procesos de neuroprotección, neurogénesis, proliferación y maduración neuronal, parece estar estrechamente asociada a la emergencia del TB. Los niveles de dicha neurotrofina son inferiores durante las fases agudas de la enfermedad, mostrándose una cierta recuperación durante los periodos libres de sintomatología (Fernandes et al., 2011). No obstante, también se ha encontrado que los niveles de dicha neurotrofina van descendiendo conforme la enfermedad y las recaídas se van agravando y el nivel de funcionamiento del paciente empeora (Kauer-Sant'anna et al., 2009) y (Rosa et al., 2012). En una reciente revisión sistemática (Fernandes et al., 2015) señalan al BDNF como un potencial marcador de actividad del TB.

1.4.1.3. Factores neuroanatómicos

Se considera que una alteración en el sistema límbico se traduciría en una alteración de determinados sistemas de neurotransmisión y la consecuente sintomatología afectiva, como la que ocurre en el trastorno bipolar. Esta estructura cerebral compuesta por tálamo, hipotálamo, amígdala e hipocampo es la encargada de regular, a través de sus conexiones con la corteza, así como con su interrelación con el sistema endocrino y el sistema nervioso autónomo, muchas de las funciones que se encuentran alteradas en el trastorno bipolar. Desde el establecimiento del ritmo sueño-vigilia, hasta aspectos más relacionados con el procesamiento de la información,

memorización o aspectos de tipo motivacional (Blond, Fredericks y Blumberg, 2012).

Existen evidencia de una reducción del tamaño del hipocampo en los pacientes con trastorno bipolar, más pronunciado en aquellos casos de inicio precoz (Otten y Meeter, 2015).

Wei et al. (2017) en estudios realizados con resonancia magnética funcional, señalaron que el estado de ánimo durante los primeros episodios del trastorno bipolar se relacionaba con una anormalidad en la lateralización hemisférica. De modo que las conexiones anormales entre corteza prefrontal y amígdala izquierda eran características del TB, mientras que los déficits en la conectividad funcional de la corteza prefrontal-amígdala derecha eran específicos del episodio maníaco, en comparación con el episodio depresivo.

1.4.1.4. Factores neuropsicológicos

Existen evidencias de que diversas áreas cognitivas están alteradas durante las fases agudas de la enfermedad, especialmente en aquellas tareas que evalúan atención, memoria, funciones ejecutivas y rapidez psicomotora, mientras que el nivel intelectual general de los pacientes se mantiene generalmente preservado, aunque pueden apreciarse ligeros cambios en función del estado de ánimo del paciente. En una reciente revisión, Cullen et al. (2016) encontraron diferentes y amplios rangos de prevalencia en los diferentes déficits cognitivos, tal y como puede observarse en la Tabla 1.8. El fallo cognitivo se asociaba a la gravedad/duración de la enfermedad y a la medicación antipsicótica.

Tabla 1.8

Prevalencia de deterioro por funciones en los pacientes con TB

(Modificado de Cullen et al., 2016)

Función/proceso cognitivo	Prevalencia de deterioro
Velocidad de procesamiento	23.3-44.2 %
Memoria verbal	8.2-42.1 %
Memoria visual	11.5-32.9 %
Atención/memoria de trabajo	9.6-51.9 %
Funciones ejecutivas	5.3-57.7 %

En relación a la atención, se han observado déficits tanto en atención sostenida como en atención selectiva. En relación a la primera, incluso en pacientes bipolares eutímicos se observan déficits persistentes en ella (Clark, Iversen y Goodwin, 2002). Respecto a la atención selectiva, se han observado déficit en esta función mientras los pacientes están en fase maníaca o depresiva.

En general, las dificultades en la capacidad para aprender y memorizar se han encontrado tanto en fases agudas de la enfermedad como en períodos de eutimia (Martínez-Arán et al., 2004; Robinson y Ferrier, 2006).

En pacientes bipolares eutímicos también se ha observado disfunción ejecutiva, especialmente en tareas que requieren control inhibitorio. También se observan un elevado número de errores perseverativos. Así como déficit en fluidez verbal fonética en fases depresivas, aunque éstos últimos, suelen mejorar e incluso normalizarse durante los períodos de eutimia (López-Jamarillo et al., 2010; Torres et al., 2010).

En la actualidad existe un debate sobre si los déficits cognitivos son previos al inicio de la enfermedad lo que iría a favor de la hipótesis de alteraciones en el neurodesarrollo o bien es el propio impacto de la enfermedad el que ejercería una influencia negativa en la cognición, lo que apoyaría la hipótesis de un deterioro cognitivo o proceso neurodegenerativo, aunque también es posible que ambos procesos sean compatibles.

Es probable que algunos déficits neurocognitivos estén presentes antes del inicio de la enfermedad aunque existen escasos estudios realizados con

poblaciones de alto riesgo de padecer TB. Según los hallazgos disponibles hasta la fecha, la hipótesis del neurodesarrollo parece más plausible para la esquizofrenia que para el TB. En uno de los estudios llevados a cabo con el fin de esclarecer esta cuestión, los sujetos que serían posteriormente diagnosticados de trastorno bipolar mostraron un funcionamiento intelectual premórbido superior al de los sujetos esquizofrénicos y similar, o incluso superior, al de los controles sanos (Cannon et al., 2002). En una revisión reciente, Cardenas, Kaessem, Brotman, Leibenluft y McMahon (2016) hallaron más déficits cognitivos en pacientes bipolares que en familiares sanos, sugiriendo que estos déficits cognitivos son resultado de la aparición de la enfermedad o por el tratamiento.

Sin embargo, investigaciones recientes llevadas a cabo en la Universidad de Valencia y en el Instituto de Neurociencias de la Universidad Miguel Hernández de Alicante ponen de manifiesto la posibilidad de que al menos un porcentaje pequeño de bipolares pudiera presentar alteraciones ligadas al neurodesarrollo. En una revisión sistemática, Martino, Samamé, Ibañez y Strejilevich (2015) encontraron fallos cognitivos en memoria verbal, atención y funciones ejecutivas que pudieron ser previos al inicio de la enfermedad. Estas aportaciones son de extraordinario interés puesto que sugieren que un subgrupo de pacientes bipolares y esquizofrénicos presentan mutaciones en genes implicados en la migración neuronal y estas anomalías podrían incluso predecir la presencia de disfunciones ejecutivas en estos pacientes (Tabares-Seisdedos et al., 2006).

Los pacientes más crónicos y con múltiples episodios tienen mayor probabilidad de mostrar déficit cognitivo que aquellos más jóvenes y con menos recaídas. En una revisión sistemática, Cardoso, Bauer, Meyer, Kapczinski y Soares, (2015) asociaron los déficits cognitivos en el curso de la enfermedad con el número de episodios y de hospitalizaciones. No obstante, sólo los estudios longitudinales podrán dar una respuesta sobre si los déficits son o no progresivos, confirmando la hipótesis neurodegenerativa, aunque en el caso del trastorno bipolar sería más apropiado el concepto de neuroprogresión que no el de neurodegeneración (Berk et al., 2007).

1.4.2. Factores psicosociales

Según la evidencia científica, se demuestra que este tipo de variables son determinantes en la aparición del trastorno bipolar, así como precipitantes de nuevos episodios (Lex, Bazner y Meyer, 2016; Ramana y Bebbington, 1995).

El progresivo deterioro social acompaña, en muchos casos, al curso de la enfermedad, especialmente en los predominantemente maníacos (Romans y McPherson, 1992). La calidad del apoyo social tiene valor predictivo, fundamentalmente porque los pacientes con escaso soporte cumplen peor el tratamiento (O'Connell, Mayo, Eng, Jones y Gabel, 1985), y probablemente son diagnosticados y tratados de forma mucho más tardía. A pesar de un tratamiento adecuado, una proporción notable de pacientes sufre importantes secuelas sociales, que contribuyen, a su vez, a empeorar el pronóstico de la enfermedad (Gitlin, Swendsen, Heller y Hammen, 1995).

La enfermedad puede tener un efecto disruptivo sobre la familia. Hay una elevada incidencia de divorcios, relaciones conflictivas e insatisfacción conyugal en los matrimonios de los pacientes con trastorno bipolar (Targum, Dibble, Davenport y Gershon, 1981).

No parece existir un patrón de personalidad característico de los pacientes bipolares. No obstante, parece que comparados con los unipolares pueden ser algo más extrovertidos e impulsivos (Popescu, Totoescu, Christodorescu y Ionescu, 1985). Algunas características serían más atribuibles al temperamento que a la personalidad. Entre ellas se encuentran la labilidad emocional, la sobreimplicación en actividades, la tendencia a la fantasía, el liderazgo y la creatividad, y una elevada necesidad de aprobación social (Akiskal et al., 1995).

Los “acontecimientos vitales” parecen intervenir en la aparición de la enfermedad en sujetos genéticamente vulnerables y pueden influir en el desencadenamiento de sucesivas recaídas (Ellicot, Hammen, Gitlin, Brown y Jamison, 1990) pero, en general, a medida que se suceden las recaídas, la enfermedad parece tener un funcionamiento independiente de las situaciones estresantes.

Maniglio (2013) establece una mayor frecuencia de abusos sexuales en la infancia en paciente con trastorno bipolar en comparación con adultos sanos, aunque comparado con otros trastornos mentales la frecuencia era similar. Se observó que los pacientes bipolares con historia de abusos

sexuales en la infancia presentaron una fuerte asociación con trastorno de estrés postraumático y también, aunque menos, con intentos de suicidio, abuso de drogas o alcohol, síntomas psicóticos y edad de inicio de la enfermedad más precoz.

Aas et al. (2016) en una revisión reciente encuentran que los acontecimientos vitales traumáticos en la infancia son factores de riesgo para el desarrollo de un TB posterior con mayor severidad clínica de presentación, comienzo más precoz e incremento del riesgo de intentos de suicidio así como abuso de sustancias psicoactivas.

1.5. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos bipolares han sido diagnosticados en todas las culturas y razas, con variaciones en función de cada una y la personalidad individual. En algunos países parece haber mayor tendencia a diagnosticar esquizofrenia, por lo que la prevalencia de ésta es allí más alta y la del trastorno bipolar, más baja.

El programa de captación epidemiológica norteamericano encontró unas tasas de prevalencia de vida que oscilaban entre 0.7 y 1.6%, con una media de 1.2% (Weissman et al., 1988). En Europa la prevalencia del TB es de aproximadamente 21.000.000 de personas, lo que supone un coste anual de superior a 100 billones de euros (Di Luca et al., 2011), siendo la enfermedad mental que supone un mayor gasto en el ámbito de la salud.

Los últimos estudios parecen indicar que la incidencia del trastorno bipolar está aumentando. El trastorno bipolar I podría afectar a un 1.6% de la población (Kessler et al., 1994); si añadimos las cifras correspondientes al trastorno bipolar II y la ciclotimia, esta cifra podría alcanzar entre un 3 y un 6.5% de la población (Angst, 1995; Hirschfeld et al., 2003).

En una reciente revisión acerca de la prevalencia del trastorno bipolar en Atención primaria, Cerimele, Chwastiak, Dodson y Katon (2014) encontraron cifras que oscilaban entre 0.5-4.3% de pacientes con trastorno bipolar y un 9.3% de pacientes en Atención Primaria dentro del espectro del trastorno bipolar. En una revisión sistemática y meta-análisis, Clemente et al. (2015) informaron de una prevalencia de vida de 1.06% para el TB tipo I y de 1.57% para el TB tipo II.

En relación a las diferencias según el sexo, Kawa et al. (2005) encontraron que no existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a edad de inicio del trastorno, número de episodios y sintomatología. Sin embargo, hubo más hombres que mujeres que referían haber padecido un episodio de manía al inicio del TB tipo I, así como mayores tasas de abuso o dependencia de alcohol, cannabis, juego patológico y trastorno de conducta en hombres, además haber padecido más “problemas conductuales” y una mayor “incapacidad para mantener una conversación” durante la manía. Las mujeres, por su parte, mostraron tasas más altas de trastornos de conducta alimentaria comórbidos, variaciones de peso y del apetito e insomnio de mantenimiento durante la fase depresiva.

En cuanto a la edad de aparición del trastorno existen datos que confirman que el inicio temprano, antes de los 19 años, puede estar asociado en algunos casos con el abuso o dependencia de sustancias comórbido (Ernst y Goldberg, 2004).

Kessing (2006) realizaron un estudio sobre las diferencias en los subtipos diagnósticos del TB según la CIE-10 entre pacientes con primer contacto con profesionales de salud mental después de los 50 años de edad y pacientes cuyo contacto ocurrió con anterioridad a esa edad. Los pacientes bipolares que eran mayores de 50 años en el primer ingreso hospitalario presentaron menos episodios psicóticos de manía y una mayor frecuencia de episodios depresivos graves con síntomas psicóticos que los pacientes más jóvenes.

En otro estudio realizado por Kassem et al. (2006) se encontró que la polaridad al inicio del TB se asocia significativamente a la herencia familiar y a ciertos indicadores clínicos, que pueden contribuir a la correcta discriminación de los subtipos más homogéneos del TB.

1.6. COMORBILIDAD

En relación a la comorbilidad del TB, después del abuso o dependencia de sustancias, probablemente el trastorno psiquiátrico más prevalente del Eje I en estudios epidemiológicos sea el trastorno de pánico y el trastorno obsesivo compulsivo. Otros trastornos psiquiátricos comórbidos del Eje I con el trastorno bipolar tipo I, son la bulimia nerviosa, el trastorno de control de impulsos y el trastorno de hiperactividad por déficit de atención. A

continuación se especifica la comorbilidad del trastorno bipolar agrupadas según las diferentes categorías diagnósticas más referidas en la literatura científica.

1.6.1. Comorbilidad con Trastornos de la personalidad

La prevalencia de los trastornos de personalidad en pacientes bipolares se situaría alrededor del 24% (Vieta, 1999), con predominio de los clasificables en el *clúster B* (antisocial, límite, narcisista e histriónico). Algunos de los trastornos de personalidad que se encuentran frecuentemente en pacientes bipolares son el obsesivo-compulsivo, límite, narcisista y evitativo (Brieger, Ehrt y Marneros, 2003; Rossi, Marinangeli, Butti y Scinto, 2001). En una revisión sistemática realizada por Friberg et al. (2014) confirmaron el riesgo alto, en los trastornos bipolares, de padecer un trastorno de la personalidad comórbido, sobre todo del cluster B y C.

Una comorbilidad ampliamente observada en Salud Mental es en relación al TLP y el TB, existiendo actualmente un debate acerca de si son dos patologías que formarían parte del mismo espectro diagnóstico o no. En relación a la comorbilidad entre estos dos trastornos, McDermid y McDermid (2016) hablan de síndrome, con el concepto nuclear de la “fragilidad emocional”. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis acerca de la prevalencia entre el TLP y el TB. Se encontró que es una comorbilidad relativamente común, con aproximadamente una de cada cinco personas que experimentan estos diagnósticos comórbidos (Fornaro et al., 2016). Paris y Black (2015) afirman que el TLP y el TB (tipos I y II) a menudo se confunden debido a su solapamiento sintomático. Aunque la inestabilidad afectiva es la característica destacada de cada uno, el patrón es totalmente diferente. El TLP se caracteriza por cambios de humor transitorios que se producen en respuesta a factores de estrés interpersonales, mientras que el TB se asocia con cambios de humor mantenidos. Estos trastornos se pueden distinguir aún más mediante la comparación de su fenomenología, etiología, los antecedentes familiares, estudios biológicos, los resultados y la respuesta a la medicación. Por su parte, Antoniadis, Samakouri y Livaditis (2012), refieren que las principales características clínicas comunes en el TB y el TLP son la inestabilidad afectiva y la impulsividad, las cuales, sin embargo, se presentan

con diferencias cualitativas en cada uno de estos trastornos. En el campo de la neuroanatomía, el TB y el TLP muestran similitudes tales como alteraciones en el sistema límbico, así como diferencias específicas como un aumento del tamaño de la amígdala en el TB y una disminución en el TLP. Ambos trastornos parecen tener un porcentaje significativo de heredabilidad, pero los factores ambientales parecen tener un papel importante en el TLP en particular. Tanto TB como TLP se ven afectados por alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico. La funcionalidad y el pronóstico son ligeramente peores para el TLP. En relación con el tratamiento farmacológico, los antidepresivos se consideran eficaces en el TLP, mientras que los estabilizadores del ánimo son el principal tratamiento de elección en el TB. Hace tiempo que se considera que el TP y el TLP tienen similitudes significativas y comorbilidad asociada. En su revisión, Bassett (2012) encuentra que ambos difieren con respecto al sentido de sí mismo, la alteración de las relaciones, los antecedentes familiares de los trastornos bipolares, los beneficios de los medicamentos, la extensión de los déficits cognitivos, la forma de disregulación afectiva y cíclica, la incidencia de suicidio e intentos de suicidio, la forma de los episodios psicóticos, la incidencia de abuso sexual temprano (pero no un trauma temprano en general), la pérdida de sustancia cerebral, alteraciones en la actividad cortical, sensibilidad del receptor de glucocorticoides y la disfunción mitocondrial. Son similares en ambos la disregulación afectiva, la incidencia de síntomas depresivos atípicos, la incidencia de autoagresiones, posibles vínculos genéticos, reducción general de la modulación límbica, reducción del tamaño del hipocampo y la amígdala y la incidencia de la interrupción del sueño. Por tanto, esta revisión concluye que el TB y el TLP son trastornos separados, pero con elementos significativos en común. Herbst (2010) encuentra que existe una relación controvertida entre el TB y el TLP, ya que en ambas condiciones existen dimensiones sintomáticas superpuestas similares. Para el diagnóstico diferencial habría que tener en cuenta el estado de ánimo, la variabilidad del mismo y la historia personal y familiar. Las características de los síntomas psicóticos también parecen ser útiles en la diferenciación. Lo que no parece contribuir al diagnóstico diferencial parecen ser los síntomas de ansiedad, perfiles neuropsicológicos, procedimientos de neuroimagen y biomarcadores. La presentación de autolesiones no suicidas puede ofrecer algunas diferencias, pero ambos pueden coexistir en las formas clínicas comórbidas y por tanto no

contribuyen significativamente al diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial entre el TB tipo II y el TLP puede ser problemático cuando los síntomas no presentan la suficiente intensidad o duración o cuando hay una superposición relativa de los criterios entre ambos trastornos. Se estima que las condiciones de confusión se encuentran en el 20 % de los casos en los que se llega a convertir en un problema importante. Al respecto, Renaud, Corbalán y Beaulieu (2012) realizan una investigación comparando datos sobre las dimensiones afectivas en relación a estos dos trastornos. Encuentran que la inestabilidad afectiva es un factor de confusión en relación a los siguientes aspectos: calidad e intensidad de los afectos, fluctuaciones de rapidez de cambio afectivo, respuesta afectiva con el estrés social, entre otros. Concluyen que el análisis de la experiencia afectiva tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, será lo que ayude a la diferenciación de ambos. En esta misma línea, Bayes, Parker y Fletcher (2014) revisaron los factores importantes para diferenciar el TB tipo II y el TLP. Encontraron que los parámetros clave de diferenciación de ambos trastornos eran los antecedentes familiares, el patrón de inicio, el curso clínico, el perfil fenomenológico de la depresión y del estado de ánimo elevado, y los síntomas de la disregulación emocional. Eran parámetros menos específicos la historia de trauma en la infancia, la autoagresión deliberada, las tasas de comorbilidad, las características neurocognitivas, la respuesta al tratamiento y los parámetros de impulsividad.

1.6.2. Comorbilidad con Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

El Trastorno relacionado con sustancias es muy común entre pacientes con trastorno bipolar. Se ha estimado que alrededor del 71% de pacientes bipolares presentan esta comorbilidad (Kessler, Rubinow, Holmes, Abelson y Zhao, 1997).

Estudios epidemiológicos con muestras extensas han encontrado que una alta proporción (en torno al 50%) de sujetos bipolares en Norteamérica tiene historia de abuso/dependencia de alcohol, 46% (Regier et al., 1990), 45% (Fogarty et al., 1994) y 64% (Kessler et al., 1997).

Se ha apuntado que los pacientes bipolares tienden al abuso de cocaína y otros estimulantes con más frecuencia que los controles y más a menudo que otros sujetos con otros trastornos psiquiátricos especialmente aquellos que sufren de depresión unipolar (Winokur et al, 1998).

Datos del estudio de Zurich, con un tamaño muestral de 591 sujetos, indicaron que pacientes con síntomas maníacos presentaban un mayor riesgo de abuso o dependencia de alcohol, cannabis y benzodiazepinas; mientras que el TB tipo II se asoció más a abuso/dependencia de alcohol y benzodiazepinas (Merikangas, 2008).

El abuso y dependencia de sustancias se ha asociado a un peor curso de la enfermedad y en este sentido incluso puede afectar la función neurocognitiva asociándose a un peor rendimiento en medidas de función ejecutiva y memoria verbal. Sin embargo, posiblemente los déficits estén más relacionados con la propia enfermedad bipolar que con el trastorno por abuso o dependencia de alcohol premórbido (Sánchez-Moreno et al., 2011). Asimismo el trastorno relacionado con sustancias, también tiene un efecto negativo en el pronóstico del trastorno bipolar. Este diagnóstico comórbido se ha asociado a una edad de inicio más temprana, periodos de eutimia más breves, recuperación más lenta, mayor número de episodios mixta y ciclación rápida, cronicidad, deterioro cognitivo y una mayor mortalidad asociada con el deterioro médico, así como una mayor tasa de suicidio (Duffy et al., 2012; Salloum y Thase, 2000). Además, los pacientes con TUS presentan una peor adherencia al tratamiento, lo que contribuye a un peor pronóstico (Cerullo y Strakowski, 2007).

Leite et al. (2015) encontraron que el consumo de cannabis en los pacientes con TB estaba asociado con un incremento del riesgo de intentos de suicidio y con una edad de comienzo temprana de la enfermedad.

El alcohol empeora el curso de la enfermedad bipolar con mayor frecuencia de ciclaciones rápidas y aumento de las recurrencias (Rakofsky y Dunlop, 2013). Pacientes con diagnóstico comórbido de patología dual de TB y Trastorno por consumo de alcohol presentan más fallos cognitivos que aquellos con TB solo. Los fallos más graves se centran sobre todo en memoria verbal y función ejecutiva (Balanzá-Martínez, Crespo-Facorro, González-Pinto y Vieta, 2015).

En una revisión sistemática reciente Hunt et al. (2016) encontraron una alta comorbilidad entre trastorno bipolar y trastorno relacionado con sustancias. La prevalencia fue del 42% para el consumo de alcohol, seguida del 20% para el consumo de cannabis y otras drogas ilegales un 17%. Los hombres tenían más riesgo al consumo de sustancias a lo largo de la evolución del TB que las mujeres. Esta revisión demostró que la prevalencia

era similar en TB-I y II. Esta comorbilidad se asoció con edad de comienzo más temprana y mayor número de hospitalizaciones en los consumidores.

1.6.3. Comorbilidad con Trastornos de ansiedad

La relación entre ansiedad patológica y TB es un tema al que existe poca evidencia científica.

Siguiendo a Simon et al. (2004), se han informado de comorbilidad con otros trastornos de ansiedad, con tasas entre de 10.6% y 62.5% para trastorno de pánico, entre 7.8% y 47.2% para trastorno de ansiedad social, entre 3.2% y 35% para trastorno obsesivo-compulsivo, entre 7% y 38.8% para trastorno por estrés postraumático y entre 7% y 32% para trastorno de ansiedad generalizada.

En numerosas muestras clínicas entre un 24-56% de pacientes con TB cumplían criterios para un trastorno de ansiedad. Mientras que las tasas de comorbilidad varían para los trastornos de ansiedad específicos, la mayoría de estudios informan que un número importante de pacientes presentan un trastorno de ansiedad comórbido, tales como: trastorno de pánico, fobia social, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de ansiedad generalizada y Trastorno de estrés postraumático (Schaffer et al., 2012). Los datos de la Red de la Fundación Stanley sugieren que la ansiedad comórbida puede ser más común en mujeres que en varones con TB (Altshuler et al., 2010). No obstante no se han encontrado diferencias significativas entre el TB tipo I y el tipo II (Gao, 2008).

Pavlova et al. (2015), llevaron a cabo una revisión sistemática con 14.914 pacientes, en la que encontraron una prevalencia vida del 45% de comorbilidad de Trastornos de Ansiedad en el TB. En otra reciente revisión sistemática acerca de la comorbilidad del Trastorno de ansiedad generalizada en el TB, Preti, Vrublevska, Veroniki, Huedo-Medina y Fountoulakis (2016) informaron de una prevalencia puntual de 12.2% y una prevalencia de vida de 15.1 % sobre un total de 2.975 y 4.919 pacientes respectivamente. La comorbilidad con este trastorno de ansiedad se asocia con peor curso y aumento del suicidio.

1.6.4. Comorbilidad con Trastorno obsesivo-compulsivo

Una de las condiciones comórbidas más comunes y difíciles de manejar es la de TB y Trastorno Obsesivo-compulsivo.

Se ha observado que en pacientes que presentan TB, la prevalencia del TOC a lo largo de la vida es de 44%, sin embargo cuando se explora la comorbilidad en pacientes con TOC la prevalencia del TB a lo largo de la vida es de 16% lo que parece informar que es más probable que aparezca TOC en pacientes con TB que viceversa. El impacto de la comorbilidad TOC con este trastorno en la edad adulta se relaciona con más episodios depresivos e intentos suicidas, con obsesiones religiosas y sexuales, con mayor número de hospitalizaciones y con mayor uso de fármacos (Hantouche et al., 2003; Perugi et al., 2002).

En una revisión sistemática, se encontró que la comorbilidad vital era del 11 al 21 % en pacientes con TB y del 10.6% en los pacientes con TOC. En comparación con sujetos no comórbidos, aquellos con TB-TOC presentaban un curso más episódico de los síntomas obsesivo-compulsivos (hasta el 75% frente al 3%), típicamente con empeoramiento durante la depresión (78%) y la mejora en la manía/hipomanía (64%) (Amerio, Odone, Liapis y Ghaemi, 2014).

Según Amerio, Tonna, Odone, Stubbs y Ghaemi (2016) la sintomatología obsesiva aparece más comúnmente en episodios afectivos, con más frecuencia en depresiones y con remisión de síntomas en los episodios maniaco e hipomaniaco.

1.6.5. Comorbilidad con Trastornos de la conducta alimentaria

Los estudios realizados sobre patología alimentaria y TB son más bien escasos, a pesar de la frecuente comorbilidad entre trastorno alimentario y trastorno bipolar que los pocos estudios epidemiológicos realizados han confirmado, con cifras por encima del 10% (Torrent et al., 2004). Los escasos estudios epidemiológicos realizados (Simpson, al-Mufti, Andersen y DePaulo, 1992) confirman la asociación comórbida entre trastornos bipolares y alimentarios y, en particular, entre bulimia y TB tipo II (Vieta y Barcia, 2000).

McElroy et al. (1995) encontraron que la bulimia nerviosa se presentaba con más frecuencia en pacientes con fases mixtas que en los maníacos puros. Sin embargo, se ha observado una ratio aumentada de trastorno bipolar,

especialmente trastorno bipolar II, en diversos estudios epidemiológicos de pacientes con bulimia nerviosa.

En una reciente revisión Álvarez y Gutierrez-Rojas, (2015) encontraron una alta comorbilidad entre Trastorno de la conducta alimentaria, especialmente la Bulimia Nerviosa y Trastorno por Atracón, con el Trastorno Bipolar.

1.6.6. Comorbilidad con Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conducta

Se han observado altas ratios de comorbilidad en trastornos del control de impulsos en pacientes con trastornos afectivos (McElroy et al, 1992). En el trastorno bipolar, las ratios de comorbilidad con trastornos por control de impulsos se encuentran en un rango de 13 al 23% (McElroy et al, 1995; Strakowski et al, 1992; Strakowski et al, 1993). Se ha sugerido que el trastorno de control de impulsos comórbido predice el inicio del trastorno bipolar en la mayoría de los casos.

1.6.7. Comorbilidad con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad

Se sugiere que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad es altamente prevalente en el trastorno bipolar. Borchardt y Bernstein (1995) encontraron que ocho de los 14 adolescentes (57%) que habían sido hospitalizados para el tratamiento de manía aguda o hipomanía también cumplían criterios para trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Otros estudios examinaron la concurrencia de trastornos comórbidos en adolescentes bipolares hospitalizados (n=10) comparados con adolescentes depresivos (n=33) y con adolescentes con trastornos psiquiátricos no afectivos. Los autores encontraron que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, así como el trastorno de conducta, psicosis, y algún trastorno de abuso de sustancias psicoactivas, eran todos significativamente más comunes en pacientes bipolares que en pacientes unipolares (Borchardt y Bernstein, 1995).

La presencia de TDAH en hijos de pacientes bipolares podría constituir un factor de riesgo para el desarrollo de TB (Sachs, Baldassano, Truman y Guille, 2000). Existe una mayor prevalencia de TDAH en

pacientes bipolares tipo I que en la población general (Tamam, Tuglu, Karatas y Ozcan, 2006), asociándose a un peor curso del trastorno bipolar y a un mayor riesgo de otras comorbilidades (Nierenberg et al., 2005).

Los pacientes con TDAH y pacientes con TB presentan síntomas similares como incremento de energía, distraibilidad, desorganización, impulsividad, hiperactividad y taquifasia. Brus, Solanto y Goldberg (2014) con los nuevos criterios del DSM-5 establecen las siguientes diferencias para los clínicos: prevalencia TDAH de 4.4% frente a 1.4% para TB, inicio de síntomas antes de los 7 años para TDAH y después de los 12 años para TB, curso crónico para TDAH y curso cíclico en TB, síntomas afectivos ausentes en TDAH y presentes en TB, síntomas psicóticos presentes algunas veces en TB y ausentes en TDAH. Aproximadamente el 20% de TDAH tienen TB y entre 10-20% de TB tienen un diagnóstico de TDAH. La comorbilidad entre ambos trastornos se asocia con una edad de comienzo más temprana y más crónico y peor curso del TB, así como mayor comorbilidad del mismo.

TDAH y TB se consideran actualmente Trastornos del neurodesarrollo de inicio en la infancia y adolescencia que permanecen en la vida adulta. El diagnóstico diferencial se basaría en la epidemiología, aspectos clínicos, antecedentes familiares, curso y respuesta a tratamientos (Marangoni et al, 2015).

1.7. EVOLUCIÓN, CURSO Y PRONÓSTICO

El trastorno bipolar es una enfermedad de carácter crónico, con exacerbaciones y remisiones. El curso longitudinal de la misma forma parte intrínseca de su definición y permite diferenciarla de otros trastornos psiquiátricos.

La *edad de inicio* del trastorno bipolar se sitúa clásicamente entre los 12-24 años, cumpliéndose típicamente la edad de inicio más precoz para el trastorno bipolar tipo I, seguido del trastorno bipolar tipo II y por último el trastorno depresivo unipolar (Baldessarini et al, 2010; Baldessarini et al, 2012; Larsson et al, 2010; Tondo, Lepri, Cruz y Baldessarini, 2010).

El inicio precoz es un factor de peor pronóstico a largo plazo. Se ha asociado a mayor prevalencia de ciclación rápida, abuso de sustancias,

síntomas psicóticos, ansiedad, y peor respuesta al tratamiento (Craney y Geller, 2003; Perlis et al., 2004; Post et al., 2010; Schürhoff et al., 2000).

La historia familiar es un factor fuertemente asociado a la edad de inicio, estando presente en más del 80% de los casos de inicio antes de los 12 años y en menos del 20% de los casos de inicio en mayores de 60 años (Baldessarini et al, 2012).

En un meta-análisis reciente, Joslyn, Hawes, Hunt y Mitchell (2016) encuentran que la edad de inicio precoz se asocia con aumento de la demora en el inicio del tratamiento, mayor severidad en los episodios depresivos, altos niveles comórbidos de ansiedad y abuso de drogas. No se encontró relación entre la edad de inicio temprana y aumento de clínica psicótica, ni episodios mixtos, ni resistencia al tratamiento.

Los *síntomas prodrómicos* iniciales están más asociados a alteraciones episódicas del ánimo y la energía (Skjelstad, Malt y Holte, 2010). Estas alteraciones se mantendrían en el tiempo, y algunas progresarían hacia síntomas de manía y depresión más prominentes. En términos generales, los síntomas más consistentemente citados en los estudios publicados hasta la fecha son las fluctuaciones del ánimo, la irritabilidad, las alteraciones en el sueño, la hiperactividad, ansiedad, cambios bruscos en el humor (Undurraga y Vieta, 2013). Asimismo, hay evidencia de que existe una alteración funcional de los pacientes previa a la aparición del trastorno (Conus et al., 2010).

Carlson y Pataki (2016) señalan que los síntomas prodrómicos que se han identificado en el trastorno bipolar son ansiedad/depresión, labilidad emocional y síntomas maniacos subsindrómicos, sobretudo en pacientes con historia familiar de trastorno bipolar de inicio precoz.

Con respecto a la *polaridad inicial*, se observa que cuando se produce un debut con una fase maníaca, la enfermedad suele estar más asociada a un riesgo mayor de recurrencias como episodios maniacos y un funcionamiento sociolaboral premórbido menor (Daban, Colom, Sanchez-Moreno, García-Amador y Vieta, 2006). El porcentaje de pacientes que inician su enfermedad con un primer episodio depresivo es mayor y puede llegar a ser de hasta el 66.7% de los pacientes (Daban et al., 2006) Los pacientes que debutan con un episodio depresivo tienen una mayor tendencia a presentar episodios depresivos en el futuro. El debut depresivo está asociado también, a una

mayor prevalencia de ciclación rápida, más intentos suicidas y menos síntomas psicóticos (Perugi et al., 2000).

Con respecto a la *polaridad predominante*, se sabe que en función de que ésta sea depresiva o maníaca, las características clínicas son diferentes. En la Figura 1.1 pueden verse las principales características clínicas y demográficas asociadas a cada polaridad.



Figura 1.1

Principales características asociadas a la polaridad predominante
(Modificado de Baldessarini et al., 2012; Colom, Vieta, Daban, Pacchiarotti y Sánchez-Moreno, 2006)

Si atendemos a las diferencias en la evolución entre los pacientes con trastorno bipolar I y II, éstos últimos presentan durante su evolución un mayor número de episodios, permanecen más tiempo sintomáticos, tienen ciclos más cortos, menor recuperación sintomática interepisódica, mayor prevalencia de polaridad predominante depresiva, un riesgo de tentativas suicidas similar (o incluso más alto), alta comorbilidad con abuso de tóxicos y

trastornos del eje II y presentan asimismo déficits cognitivos y funcionales (Vieta, Gastó, Otero, Nieto y Vallejo, 1997; Vieta y Suppes, 2008; Undurraga, Baldessarini, Valenti, Pacchiarotti y Vieta, 2012).

En los pacientes con trastorno bipolar II, el tiempo sintomático depresivo es mayor. En estudios de seguimiento longitudinal se ha encontrado que los pacientes con trastorno bipolar presentan síntomas aproximadamente la mitad del tiempo, siendo el 75% de este tiempo cuando se dan síntomas de carácter depresivo (De Dios, Ezquiaga, Garcia, Soler y Vieta, 2010; Joffe, MacQueen, Marriott y Young, 2005; Judd et al., 2002; Post et al., 2003).

En relación al *número de episodios*, la mayoría de estudios confirman que generalmente los pacientes con trastorno bipolar presentan más de un episodio durante el seguimiento. Keller et al. (1993) llevaron a cabo un estudio longitudinal 5 años de 172 pacientes y observaron que entre el 81-91% de los pacientes presentaron recaídas.

La *ciclación rápida* consiste en presentar más de cuatro episodios al año, sean maníacos, hipomaníacos, depresivos o mixtos. Se sabe que es más frecuente en el sexo femenino y en el trastorno bipolar tipo II. Se ha asociado asimismo, a pacientes más jóvenes, al inicio precoz de la enfermedad, a una evolución más larga del TB, a los antecedentes familiares de trastornos afectivos, presencia de hipotiroidismo clínico o subclínico y al uso de antidepresivos (Cruz et al., 2008; Ghaemi, 2012; Kupka, Luckenbaugh, Post, Leverich y Nolen, 2003; Kupka et al., 2005).

Los pacientes con ciclación rápida, presentan un peor funcionamiento global, mayor abuso de sustancias y mayor riesgo de suicidio (Coryell et al., 2003; Cruz et al, 2008). En resumen, la ciclación rápida es un especificador de curso y marcador de gravedad, ya que se asocia a un peor pronóstico en quienes lo padecen y a una peor respuesta al tratamiento.

1.8. CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES

A lo largo de las dos últimas décadas, se ha ido evidenciando que los pacientes bipolares presentan tanto disfunciones cognitivas como dificultades en su funcionamiento psicosocial que van más allá de los propios episodios de la enfermedad, incluso durante períodos de estabilidad anímica (Goetz et al., 2007; Martínez-Arán et al., 2000; Sánchez-Moreno et al., 2009). Las dificultades en el funcionamiento psicosocial se presentan especialmente como

dificultades para un adecuado rendimiento laboral e integración social y están presentes tanto en el subtipo bipolar I como en el II de la enfermedad (Ruggero, Chelminski, Young y Zimmerman, 2007).

Se han identificado múltiples variables que afectan el funcionamiento psicosocial de los pacientes bipolares. Estas variables pueden agruparse en variables sociodemográficas, variables clínicas, variables neuropsicológicas, variables ambientales y variables farmacológicas, siendo las tres primeras categorías las que han recibido más atención a lo largo de la literatura.

Respecto a las variables clínicas, la sintomatología subclínica, especialmente la del polo depresivo, aparece en muchos estudios como la variable más consistente y robusta asociada al deterioro funcional (Bauer, Kirk, Gavin y Williford, 2001).

En una revisión reciente Gitlin y Miklowitz, (2016) encontraron que los dos factores más potentes que predicen el mal funcionamiento de estos pacientes son la depresión (incluyendo los estados subsindrómicos) y el fallo neurocognitivo.

Contrariamente a lo que se había creído hasta hace poco tiempo, el déficit cognitivo podría estar más relacionado con un mal funcionamiento general del paciente que los propios síntomas de la enfermedad (Baune y Malhi, 2015; Duarte, Becerra y Cruise, 2016).

Por otro lado, el suicidio es la principal causa de muerte precoz en los pacientes con trastorno bipolar (Tondo, Isacsson y Baldessarini, 2003). Las tasas de suicidio en estos pacientes pueden ser más de veinte veces mayores que las de la población general.

Se ha estimado que entre el 25-60% de los pacientes presentarán algún intento de suicidio a lo largo de su vida y que entre el 4-19% morirán por esta causa (Goodwin y Jamison, 2007).

Se han identificado múltiples factores de riesgo asociados al suicidio en el trastorno bipolar, tales como padecer un episodio depresivo o mixto, la polaridad predominante depresiva, el inicio precoz de la enfermedad, historia de múltiples hospitalizaciones previas, historia personal o familiar de intentos de suicidio, el abuso de sustancias, ciclación rápida, padecer un trastorno de personalidad y presentar comorbilidad somática (Baldessarini et al., 2012; Hawton, Sutton, Haw, Sinclair y Harriss, 2005; Marangell et al., 2006; Undurraga et al., 2012).

La importancia de los estados mixtos y depresivos como factor de riesgo fundamental para el suicidio en el trastorno bipolar está siendo cada vez más reconocida (Pompili et al., 2009; Rihmer, Gonda, Balazs y Faludi, 2008).

Todos estos datos han sido replicados recientemente por Beyer y Weisler (2016), estimando un 25-50% de intentos de suicidio, al menos una vez en su vida, en pacientes con TB y un 6-19% de suicidios consumados. Los factores de riesgo incluyen historia familiar de suicidio, intentos previos, edad de comienzo precoz, patología psiquiátrica comórbida y desesperanza como síntoma psicopatológico determinante.

McGrady, Lynch y Rapport (2017) realizaron un estudio con el objetivo de identificar los factores psicosociales y la comorbilidad asociada al comportamiento suicida en pacientes con TB. De los 121 pacientes que conformaban la muestra, el 40% habían intentado suicidarse. Eran más propensos a presentar esta conducta aquellos con un inicio más temprano de la enfermedad, los que habían sufrido abusos, los que presentaban antecedentes de abuso de alcohol y aquellos con síntomas psicóticos.

1.9 RESUMEN

En este capítulo se ha explicado la evolución histórica de la conceptualización del Trastorno Bipolar hasta el momento actual. Se ha presentado la delimitación según los criterios diagnósticos más utilizados en la actualidad como son el publicado DSM-5 y CIE 10 pasando a la caracterización clínica. Se ha detallado su etiología y la importancia decisiva del curso y pronóstico para a continuación hacer referencia a la epidemiología. Finalmente se ha revisado la comorbilidad del Trastorno bipolar y las numerosas consecuencias funcionales del mismo en la vida diaria de las personas que lo padecen y en su entorno.

Capítulo 2

EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

El Trastorno límite de la personalidad (en adelante, TLP) es un trastorno de notable complejidad diagnóstica y terapéutica que, pese al gran número de recursos sanitarios y no sanitarios de los que hacen uso estos pacientes, no se observa una clara mejoría en el pronóstico del trastorno (Leichsenring, Leibing, Kruse, New y Leweke, 2011; Skodol et al., 2002).

Entre los aspectos clínicos más relevantes destaca la alta mortalidad por suicidio, la gran comorbilidad y la alteración en el funcionamiento en todas las esferas de la vida de la persona (Gunderson, 2011).

Según el DSM-5 (APA, 2014), el TLP se considera un Trastorno de la Personalidad que se caracteriza por un patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos.

Existen discrepancias entre los autores en relación al diagnóstico. Algunos consideran el TLP como parte del espectro de otros trastornos (Akiskal et al., 1985; Herman, Perry y van der Kolk, 1989; Wender, 1977), mientras que otros, abogan por su heterogeneidad y postulan la existencia de diferentes subgrupos de pacientes dentro de la misma categoría diagnóstica (véase, Bornovalova, Levy, Gratz y Lejuez, 2010; Oldham, 2006).

En los siguientes apartados se profundizará en la evolución histórica del trastorno, delimitación actual, características clínicas, etiología, curso y pronóstico, epidemiología y comorbilidad, para finalizar con las consecuencias funcionales en los pacientes y en sus familiares más cercanos.

2.1. HISTORIA DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Este trastorno ha sido denominado de diferentes modos, tales como esquizofrenia ambulatoria, personalidad “como si”, esquizofrenia pseudoneurótica y trastorno psicótico del carácter (Sadock, Sadock y Ruiz, 2015).

Aunque los primeros psicoanalistas no trataron explícitamente el término de Trastorno Límite de la Personalidad, un cuidadoso estudio de la bibliografía, de características retrospectivas, muestra que algunos de los pacientes clásicos de Freud (por ejemplo, “la mujer lobo”), habrían sido diagnosticados hoy día como casos típicos de TLP (Gelder, López-Ibor y Andreasen, 2003).

Los primeros analistas reconocían tres niveles de funcionamiento: Normal, neurótico y psicótico. Estos analistas comenzaron a observar a un grupo de sujetos con problemas, que no podían ser considerados psicóticos, pero que tampoco podían beneficiarse de la terapia psicoanalítica convencional. Por tanto, parece que las primeras referencias en relación al término “límite”, provenían de la tradición analítica y se atribuyen a Stern (1938), quien definió el “grupo límite de las neurosis”, para referirse a aquellas personas neuróticas pero refractarias a la intervención psicoterapéutica. Identificó y describió 10 características de estas personas consideradas “límites”, incluyendo las características clásicas como la gran facilidad para manifestar ira, depresión o ansiedad en respuesta a pruebas interpretativas referentes a la autoestima personal, el uso de la proyección para atribuir la ira interna a fuentes externas hostiles, y la dificultad para “evaluar” la realidad,

es decir, lo que sería un déficit de juicio y de empatía pero que no son de naturaleza psicótica. Con la contribución de Stern, el término “límite” ya estaba en camino de convertirse en un concepto usado en salud mental, según informan los estudios psicodinámicos (Millon, Grossman, Millon, Meagher y Ramnath, 2006).

Durante 1940-1950, muchos autores hicieron contribuciones que más tarde se incorporaron a la visión contemporánea (Stone, 1986). Tras la Segunda Guerra Mundial, el término “límite” empieza a aparecer en la literatura analítica formal. Schmilberg (1947, 1959) afirmó que no existía una diferencia cuantitativa entre la neurosis y la psicosis, sino que era más bien la combinación de los diferentes modos de actuar lo que producía algo cualitativamente diferente. Los describía como personas que tenían afectadas casi todas las áreas de su personalidad y su vida, en particular las referentes a las relaciones personales y la profundidad de sus sentimientos. Erikson (1956) fue un autor que influyó en el constructo límite, aunque nunca llegó a utilizar este término. Contribuyó de forma indirecta con sus explicaciones sobre la identidad del yo y la formación de la identidad temprana, un antecedente del criterio de alteración de la identidad recogido en el DSM.

A partir de 1950 se producirá un cambio crítico en la historia del concepto (Stone, 1986). Anteriormente el término “límite” había estado muy asociado a los síndromes esquizofrénicos. Estos pacientes eran descritos como personas con tendencia a la regresión a estados mentales que se identificaron como de “esquizofrenia borderline o límite” (Gunderson, 2009). Posteriormente, Kernberg (1967) definió la Organización de Personalidad Límite (Borderline Personality Organization) como un nivel intermedio de organización de la personalidad entre pacientes con una organización psicótica y aquellos con una organización neurótica. Hacia los años setenta, apareció una nueva perspectiva que consideraba al trastorno límite como perteneciente al espectro de los trastornos psicóticos (Wender, 1977; Zanarini y Frankenburg, 1997). En esta época surgieron teorías que basadas en la labilidad emocional que lo caracteriza, consideraban al TLP como un trastorno de tipo afectivo. Herman y van der Kolk (1987) sugirieron que se trata de una variación crónica del trastorno de estrés postraumático, en ocasiones asociado a una sintomatología disociativa (Caballo, 2004).

En relación a la historia de las clasificaciones diagnósticas, el DSM-I (APA, 1952) definía los trastornos de la personalidad como un conjunto de

El trastorno límite de la personalidad

rasgos disfuncionales que bajo situaciones estresantes producían un comportamiento inflexible y desadaptativo. El DSM-II (APA, 1968) caracterizó los trastornos de la personalidad por un comportamiento socialmente inadaptado, además de un significativo malestar subjetivo y deterioro funcional. El DSM-III (APA, 1980) realizó cambios en la conceptualización y clasificación de los trastornos de la personalidad, añadiendo criterios diagnósticos específicos e incluyendo los trastornos de la personalidad en un eje separado (Eje II) para subrayar la gran relevancia diagnóstica que tienen y el papel contextual que desempeñan en el sistema multiaxial. Es en 1980 cuando se incluyó por primera vez el TLP en el DSM-III (APA, 1980).

Ediciones posteriores, como el DSM-III-R (APA, 1987) y el DSM-IV (APA, 1994), han ido incorporando datos encontrados en hallazgos empíricos tratando de aumentar la validez de la categoría de trastorno de la personalidad. En 1994 se publicó el DSM-IV (APA, 1994) con mayor clarificación diagnóstica de esta patología, lo que pudo contribuir junto con otras razones a que se incrementara notablemente el interés por el estudio de este trastorno, con producción de relevantes aportaciones científicas al respecto, tales como las relativas a las potenciales bases biológicas de los Trastornos de personalidad (Siever y Davis, 1991), a modelos etiopatogénicos y a tratamientos estructurados (Bateman y Fonagy, 2010; Linehan, 1993). Aún así, en esta época surgieron nuevas conceptualizaciones que lo consideraban como una forma crónica del trastorno de estrés postraumático (Herman, Perry y Van der Kolk, 1989) o como un trastorno del control de los impulsos (Zanarini, 1993).

De alguna forma, durante años, esta categoría diagnóstica ha podido ser el lugar de inclusión para aquellos pacientes que se desconocía si presentaban una neurosis o una psicosis. La última versión del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5; APA, 2013) no incorpora cambios respecto a las ediciones anteriores, aunque propone también un modelo alternativo híbrido dimensional-categorial, pendiente de validación.

En la 10ª edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) se denomina trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad (OMS, 1992).

2.2. CLASIFICACIONES DIAGNÓSTICAS ACTUALES: DELIMITACIÓN CLÍNICA

Los rasgos de personalidad son patrones persistentes del modo de percibir, pensar y relacionarse con el entorno y con uno mismo, que se muestran en una amplia gama de contextos sociales y personales. Cuando los rasgos de personalidad son inflexibles y desadaptativos, y causan deterioro funcional o malestar subjetivo significativo, constituyen un trastorno de la personalidad.

El DSM-5 incluye el TLP dentro del capítulo de Trastornos de la personalidad. Un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Se trata de un fenómeno generalizado y poco flexible, estable en el tiempo, que tiene su inicio en la adolescencia o en la edad adulta temprana y que da lugar a un malestar o deterioro. Los criterios diagnósticos se encuentran en la Tabla 2.1.

Tabla 2.1

Criterios diagnósticos del Trastorno general de la personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)

-
- A. Un patrón permanente de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto. Este patrón se manifiesta en dos (o más) de las siguientes áreas:
 - a. Cognición (formas de percibir e interpretarse a uno mismo, a otras personas y a los acontecimientos).
 - b. Afectividad (el rango, la intensidad, la labilidad y la adecuación de la respuesta emocional).
 - c. Funcionamiento interpersonal.
 - d. Control de los impulsos.
 - B. El patrón persistente es inflexible y se extiende a una amplia gama de situaciones personales y sociales.
 - C. El patrón persistente provoca malestar clínicamente significativo o deterioro de la actividad social, laboral o en otras áreas importantes.
 - D. El patrón es estable y de larga duración, y su inicio se remonta al menos a la adolescencia o edad adulta temprana.
 - E. El patrón persistente no se explica mejor como una manifestación o consecuencia de otro trastorno mental.
 - F. El patrón persistente no es atribuible a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo, una droga o un medicamento) o de otra afección médica (por ejemplo, traumatismo craneoencefálico).
-

Los trastornos de la personalidad se distribuyen en tres grupos basados en las similitudes descriptivas. El grupo A está compuesto por los trastornos

El trastorno límite de la personalidad

de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico. Los individuos con estos trastornos suelen mostrarse raros o excéntricos. El grupo B se compone de los trastornos de la personalidad antisocial, límite, histriónico y narcisista. Las personas de este cluster se caracterizan por ser exageradamente dramáticas, emocionales o erráticas. El grupo C aglutina los trastornos de la personalidad evasivo/evitativo, dependiente y obsesivo-compulsivo. Los sujetos con estos trastornos suelen ser ansiosos o temerosos. Con frecuencia, estos trastornos se presentan concomitantes de diferentes grupos. Las estimaciones de la prevalencia de los distintos grupos indican un 5.7% para los trastornos del grupo A, un 1.5% para los trastornos del grupo B, un 6% para los trastornos del grupo C, y un 9.1% para cualquier trastorno de la personalidad, lo que muestra una frecuente coincidencia de los trastornos de los distintos clusters. Una descripción breve de cada uno de los trastornos se presenta en la Tabla 2.2.

Tabla 2.2

Clasificación de los Trastornos de la Personalidad según el DSM-5 (APA, 2013)

Grupo diagnóstico	Trastornos de la personalidad	Características nucleares
Cluster A	Paranoide	Patrón de desconfianza y suspicacia, de manera que se interpretan las intenciones de los demás como malévolas.
	Esquizoide	Patrón de distanciamiento de las relaciones sociales y una gama restringida de la expresión emocional.
	Esquizotípico	Patrón de malestar agudo en las relaciones íntimas, de distorsiones cognitivas o perceptivas y de excentricidades del comportamiento.
Cluster B	Antisocial	Patrón de desprecio y violación de los derechos de los demás.
	Límite	Patrón de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la imagen de sí mismo y de los afectos, con una impulsividad marcada.
	Histriónico	Patrón de emotividad y de búsqueda de atención excesivas.
	Narcisista	Patrón de grandiosidad, necesidad de admiración y falta de empatía.
Cluster C	Evasivo/evitativo	Patrón de inhibición social, sentimientos de inadecuación e hipersensibilidad a la evaluación negativa.
	Dependiente	Patrón de comportamiento de sumisión y adhesión relacionado con una necesidad excesiva de ser cuidado.

	Obsesivo-compulsivo	Patrón de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control.
<i>Otros trastornos de la personalidad</i>	Cambio de la personalidad debido a otra afección médica	Trastorno de la personalidad persistente que se sospecha que es debido a los efectos fisiológicos directos de una afección médica (por ejemplo, una lesión del lóbulo frontal).
	Otro trastorno de la personalidad especificado	Un patrón de la personalidad del individuo que cumple criterios de un trastorno de la personalidad y que presenta rasgos de varios trastornos de la personalidad, pero que no cumple los criterios para ningún trastorno específico de la personalidad
	Trastorno de la personalidad no especificado	Un patrón de la personalidad que cumple los criterios generales para un trastorno de la personalidad, aunque se considera que la persona tiene un trastorno de la personalidad que no está incluido en la clasificación del DSM-5 (por ejemplo, el trastorno de la personalidad pasivo-agresivo).

El enfoque diagnóstico utilizado en el DSM-5 representa la perspectiva categorial de que los trastornos de la personalidad son síndromes clínicos cualitativamente distintos. Una alternativa al enfoque categórico es la perspectiva dimensional que considera los trastornos de la personalidad como variaciones desadaptativas de los rasgos de la personalidad, que se mezclan imperceptiblemente con la normalidad y entre ellos. Los modelos dimensionales alternativos tienen mucho en común, y en conjunto cubren las áreas importantes de la disfunción de la personalidad. Se está investigando de manera activa su integración, su utilidad clínica y la relación con las categorías de diagnóstico del trastorno de la personalidad y diversos aspectos de la disfunción de la personalidad.

La característica esencial del trastorno de la personalidad límite es un patrón general de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y una notable impulsividad que comienza antes de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos.

Las personas con trastorno de la personalidad límite hacen esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. La percepción de la inminente separación o rechazo o la pérdida de la estructura externa pueden dar lugar a profundos cambios en la autoimagen, el afecto, la cognición y el comportamiento. Estos individuos son muy sensibles a las circunstancias ambientales, experimentan un miedo intenso al abandono e ira inapropiada incluso cuando se enfrentan con una separación real de tiempo limitado o cuando se producen cambios inevitables en los planes (por ejemplo,

El trastorno límite de la personalidad

desesperación repentina como reacción a un clínico que indica que finaliza la consulta, pánico o ira cuando alguien importante para ellos llega con unos minutos de retraso o debe cancelar una cita). Pueden creer que este “abandono” implica que son “malos”. Estos temores de abandono están relacionados con una intolerancia a la soledad y la necesidad de tener otras personas con ellos. Sus esfuerzos frenéticos para evitar el abandono pueden incluir actos impulsivos como las autolesiones o los comportamientos suicidas.

Los criterios diagnósticos del TLP según el último DSM se pueden ver en la Tabla 2.3.

Tabla 2.3

Criterios diagnósticos para el Trastorno de la personalidad límite según el DSM-5 (APA, 2013, p.663)

Patrón dominante de inestabilidad de las relaciones interpersonales, de la autoimagen y de los afectos, e impulsividad intensa, que comienza en las primeras etapas de la edad adulta y está presente en diversos contextos, y que se manifiesta por cinco (o más) de los siguientes hechos:

1. Esfuerzos desesperados para evitar el desamparo real o imaginado. (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).
 2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas que se caracterizan por una alternancia entre los extremos de idealización y de devaluación.
 3. Alteración de la identidad: inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y del sentido del yo.
 4. Impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente autolesivas (por ejemplo, gastos, sexo, drogas, conducción temeraria, atracones alimentarios). (Nota: No incluir el comportamiento suicida ni las conductas autolesivas que figuran en el Criterio 5).
 5. Comportamiento, actitud o amenazas recurrentes de suicidio, o conductas autolesivas.
 6. Inestabilidad afectiva debida a una reactividad notable del estado de ánimo (por ejemplo, episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que generalmente duran unas horas y, rara vez, más de unos días).
 7. Sensación crónica de vacío.
 8. Enfado inapropiado e intenso, o dificultad para controlar la ira (por ejemplo, exhibición frecuente de genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
 9. Ideas paranoides transitorias relacionadas con el estrés o síntomas disociativos graves.
-

Los individuos con este trastorno tienen un patrón de relaciones inestables o intensas. Pueden idealizar a los cuidadores o a los amantes potenciales en la primera o segunda cita, exigir pasar mucho tiempo juntos y compartir los detalles más íntimos de una relación demasiado pronto. Sin embargo, pueden cambiar rápidamente de idealizar a devaluar a las personas,

y sentir que a la otra persona no le importa demasiado, no le da suficiente, o “no está” para ella el tiempo necesario. Estas personas pueden comprender y cuidar a los demás, pero sólo con la expectativa de que esa persona “esté ahí” para cubrir sus propias necesidades cuando se lo pida. Estos individuos son propensos a los cambios repentinos y dramáticos en su visión de los demás que, alternativamente, pueden considerarse su mejor apoyo o un castigador cruel. Estos cambios suelen reflejar la desilusión con un cuidador cuyas cualidades de crianza se han idealizado o cuyo rechazo o abandono se espera.

Puede haber una alteración de la identidad caracterizada por una autoimagen o un sentido de sí mismo inestables de una forma acusada y persistente. Hay cambios repentinos y dramáticos de la autoimagen, caracterizados por metas, valores y aspiraciones profesionales cambiantes. Puede haber modificaciones repentinas de las opiniones y proyectos acerca de la profesión, la identidad sexual, los valores y los tipos de amigos. Estos individuos pueden variar repentinamente y asumir desde el papel de una persona necesitada que suplica ayuda, hasta el de una persona vengadora dispuesta a resarcirse por los malos tratos sufridos. Aunque, por lo general, tienen una autoimagen dañina, las personas con este trastorno a veces tienen la sensación de que no existen en absoluto. Estas experiencias suelen ocurrir en situaciones en las que el individuo siente la falta de una relación significativa, de cuidados y de apoyo. Suelen obtener un peor rendimiento en las situaciones no estructuradas en el trabajo o la escuela.

Quienes padecen TLP exhiben impulsividad en, al menos, dos áreas que son potencialmente dañinas para sí mismos. Pueden jugar patológicamente, gastar dinero de manera irresponsable, darse atracones de comida, consumir sustancias de abuso, mantener relaciones sexuales sin protección o conducir temerariamente. Las personas con este trastorno suelen presentar comportamientos, gestos o amenazas suicidas recurrentes, además de conductas autolesivas. El suicidio consumado se produce en el 8-10% de estos individuos, y son habituales las autolesiones (por ejemplo, los cortes o las quemaduras) y las amenazas y los intentos de suicidio. La tendencia suicida recurrente suele ser la razón para que estas personas acudan a recibir ayuda. Estos actos autodestructivos frecuentemente se precipitan por las amenazas de separación o de rechazo o por las expectativas de que el individuo asuma una mayor responsabilidad. Durante las experiencias disociativas puede aparecer la automutilación y a menudo ésta implica un alivio, porque reafirma

El trastorno límite de la personalidad

su capacidad de sentir o de expiar el sentimiento de culpa por ser una persona mala o despreciable.

Es frecuente que estas personas con trastorno de la personalidad límite demuestren una inestabilidad afectiva que es debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ejemplo, episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas, y rara vez más de unos días). El estado de ánimo disfórico habitual en las personas con este trastorno a menudo se ve interrumpido por períodos de ira, pánico o desesperación y rara vez se alivian con momentos de bienestar o satisfacción. Estos episodios pueden reflejar la reactividad extrema del individuo ante estresores interpersonales. Las personas con TLP suelen quejarse de sentimientos crónicos de vacío. También se aburren fácilmente y pueden buscar algo que hacer constantemente. Además, expresan de manera inapropiada e intensa la ira y tienen gran dificultad para controlarla. Suelen manifestarse muy sarcásticamente, con resentimientos duraderos y explosiones verbales. Sienten ira a menudo provocada cuando perciben que un cuidador o amante es negligente, distante, indiferente o que tiene intención de abandonarles. Tales expresiones de ira desembocan en sentimientos de vergüenza y culpa, que a su vez contribuyen a reforzar el pensamiento de que son malos. Durante los períodos de estrés extremo, pueden aparecer ideación paranoide transitoria o síntomas disociativos (por ejemplo, despersonalización), pero generalmente son de gravedad o duración insuficientes como para justificar un diagnóstico adicional. Estos episodios ocurren con mayor frecuencia como respuesta a un abandono real o imaginado. Los síntomas tienden a ser transitorios y duran minutos u horas. El retorno real o percibido de los cuidados de la persona significativa puede hacer que remitan los síntomas.

Por lo que respecta a la CIE-10 (OMS, 1992), incluye un trastorno similar al límite pero denominado Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. En este caso, la categoría se divide en dos tipos que comparten un patrón general de impulsividad y descontrol, la existencia de inestabilidad afectiva, poca capacidad para planificar las cosas y episodios de ira intensa y comportamientos explosivos. Las dos variedades se denominan:

a) *Tipo impulsivo*. Manifiesta inestabilidad emocional y falta de control de los impulsos, comportamientos amenazadores y explosiones violentas.

b) *Tipo límite*. Presenta una imagen de sí mismo alterada y poco definida, sentimientos crónicos de vacío, implicación en relaciones intensas e

inestables que desencadenan crisis emocionales frecuentes, miedo al abandono y comportamientos autolesivos o amenazas suicidas.

Este sistema de clasificación incluye el TLP dentro de los Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F62).

Incluye diversas alteraciones y modos de comportamiento que tienen relevancia clínica por sí mismos, que tienden a ser persistentes y son la expresión de un estilo de vida y de la manera característica que el individuo tiene de relacionarse consigo mismo y con los demás. Algunas de estas alteraciones y modos de comportamiento aparecen en estadios precoces del desarrollo del individuo, como resultado tanto de factores constitucionales como de experiencias vividas, mientras que otros se adquieren más tarde a lo largo de la vida. Estos tipos de trastornos abarcan formas de comportamiento duraderas y profundamente arraigadas en el enfermo, que se manifiestan como modalidades estables de respuestas a un amplio espectro de situaciones individuales y sociales. Representan desviaciones extremas, o al menos significativas, del modo como el individuo normal de una cultura determinada percibe, piensa, siente y, sobre todo, se relaciona con los demás. Estas formas de comportamiento tienden a ser estables y a abarcar aspectos múltiples de las funciones psicológicas y del comportamiento. Con frecuencia, aunque no siempre, se acompañan de grados variables de tensión subjetiva y de dificultades de adaptación social.

Los trastornos de la personalidad se diferencian de las transformaciones de la personalidad por el momento y el modo de aparición. Son alteraciones del desarrollo que aparecen en la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez. No son secundarios a otros trastornos mentales o lesiones cerebrales, a pesar de que pueden preceder a otros trastornos o coexistir con ellos. Por el contrario, la transformación de la personalidad es adquirida, normalmente, durante la vida adulta, como consecuencia de situaciones estresantes graves o prolongadas, de privaciones ambientales extremas, de trastornos psiquiátricos graves o de lesiones o enfermedades cerebrales.

En las manifestaciones de las anomalías de la personalidad, las diferencias culturales o regionales son importantes, pero son aún escasos los conocimientos específicos en esta área. Los problemas de personalidad que se presentan con una frecuencia especial en una determinada parte del mundo, pero que no corresponden a ninguno de los subtipos que se especifican a

El trastorno límite de la personalidad

continuación, pueden clasificarse como "otros" trastornos de la personalidad e identificarse mediante un quinto carácter en el código correspondiente de una posible adaptación de la CIE-10 para esa región o país en particular. Las diferencias locales de las manifestaciones de un trastorno de personalidad pueden reflejarse también en la redacción de las descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico del trastorno correspondiente.

Los Trastornos específicos de la personalidad (F60), incluyen trastornos graves del carácter constitutivo y de las tendencias comportamentales del individuo, que normalmente afectan a varios aspectos de la personalidad y que casi siempre se acompañan de alteraciones personales y sociales considerables. Los trastornos de la personalidad tienden a presentarse en la infancia y adolescencia y a persistir durante la edad adulta. Por ello es probable que un diagnóstico de trastorno de personalidad sea adecuado antes de los 16 ó 17 años. En la Tabla 2.4, se presentan las pautas generales de diagnóstico correspondientes a todos los trastornos de la personalidad.

Tabla 2.4

*Criterios diagnósticos del Trastorno general de la personalidad según la CIE-10
(OMS, 1992, p. 250)*

Pautas para el diagnóstico

Se requiere la presencia de una alteración de la personalidad no directamente atribuible a una lesión o enfermedad cerebral importante, o a otros trastornos psiquiátricos, que reúna las siguientes pautas:

- A. Actitudes y comportamiento marcadamente faltos de armonía, que afectan por lo general a varios aspectos de la personalidad, por ejemplo, a la afectividad, a la excitabilidad, al control de los impulsos, a las formas de percibir y de pensar y al estilo de relacionarse con los demás.
- B. La forma de comportamiento anormal es duradera, de larga evolución y no se limita a episodios concretos de enfermedad mental.
- C. La forma de comportamiento anormal es generalizada y claramente desadaptativa para un conjunto amplio de situaciones individuales y sociales.
- D. Las manifestaciones anteriores aparecen siempre durante la infancia o la adolescencia y persisten en la madurez.

- E. El trastorno conlleva un considerable malestar personal, aunque éste puede también aparecer sólo en etapas avanzadas de su evolución.
 - F. El trastorno se acompaña, por lo general aunque no siempre, de un deterioro significativo del rendimiento profesional y social. Para diagnosticar la mayoría de los tipos citados más abajo, se requiere a menudo la presencia de al menos tres de los rasgos o formas de comportamiento que aparecen en su descripción.
-

Las características complementarias concretas del Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad con los subtipos, se especifican en la Tabla 2.5.

Tabla 2.5

Criterios diagnósticos para el Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad según la CIE-10 (OMS, 1992, p.253)

F60.3 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad

Trastorno de personalidad en el que existe una marcada predisposición a actuar de un modo impulsivo sin tener en cuenta las consecuencias, junto a un ánimo inestable y caprichoso. La capacidad de planificación es mínima y es frecuente que intensos arrebatos de ira conduzcan a actitudes violentas o a manifestaciones explosivas; éstas son fácilmente provocadas al recibir críticas o al ser frustrados en sus actos impulsivos. Se diferencian dos variantes de este trastorno de personalidad que comparten estos aspectos generales de impulsividad y falta de control de sí mismo.

F60.30 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo

Las características predominantes son la inestabilidad emocional y la ausencia de control de impulsos. Son frecuentes las explosiones de violencia o un comportamiento amenazante, en especial ante las críticas de terceros.

Incluye: Personalidad explosiva y agresiva, Trastorno explosivo y agresivo de la personalidad.

Excluye: Trastorno disocial de la personalidad (F60.2).

F60.31 Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo límite

Se presentan varias de las características de inestabilidad emocional. Además, la imagen de sí mismo, los objetivos y preferencias internas (incluyendo las sexuales) a menudo son confusas o están alteradas. La facilidad para verse implicado en relaciones intensas e inestables puede causar crisis emocionales repetidas y acompañarse de una sucesión de amenazas suicidas o de actos autoagresivos (aunque éstos pueden presentarse también sin claros factores precipitantes).

2.3. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

El término TLP se refiere a un síndrome psiquiátrico que se caracteriza por la desregulación emocional, impulsividad, conductas de riesgo, irritabilidad, sentimientos de vacío, autolesión y miedo al abandono, así como las relaciones interpersonales inestables (Brüne, 2016).

Siguiendo al DSM-5 (APA, 2014), las características de un trastorno de la personalidad por lo general se vuelven reconocibles durante la adolescencia o la vida adulta. Por definición, un trastorno de la personalidad es un patrón permanente de modos de pensar, sentir y comportarse que es relativamente estable en el tiempo. Algunos tipos de trastornos de la personalidad (en particular los trastornos de la personalidad antisocial y límite) tienden a ser menos evidentes o remiten con la edad, mientras que esto parece ser menos cierto para algunos otros tipos (por ejemplo, los trastornos de la personalidad obsesivo compulsivo y esquizotípico).

La última década ha visto un aumento sin precedentes de la actividad de investigación sobre los trastornos de la personalidad en adolescentes. El aumento de la actividad investigadora sobre este tema, tal y como señalan Sharp y Fonagy (2015), ha venido a legitimar el diagnóstico de TLP entre la población adolescente. Por tanto, las categorías de trastorno de la personalidad se pueden aplicar a niños o adolescentes en casos excepcionales en los que los rasgos desadaptativos de la personalidad son especialmente dominantes, persistentes, y es improbable que se limiten a un momento particular del desarrollo o a la presencia de otro trastorno mental. Debe tenerse en cuenta que los rasgos del trastorno de personalidad que aparecen en la infancia persistirán probablemente sin cambios durante la vida adulta. Para diagnosticar en un individuo menor de 18 años un trastorno de la personalidad deberían aparecer las características durante al menos un año. La única excepción a esto es el trastorno de la personalidad antisocial, que no se puede diagnosticar en las personas menores de 18 años.

Siguiendo a Millon et al. (2006) los pacientes con personalidad límite son inestables desde el punto de vista emocional, y especialmente iracundos. Lo que alimenta el caos del límite es una necesidad intensa de relaciones interpersonales y los repentinos cambios de opinión sobre los demás, a los que en un momento dado puede considerar como cariñosos, sensibles e inteligentes y al poco tiempo puede acusar de negligentes y traidores. Cuando

se quedan solos, aunque sólo sea durante breves períodos, sienten una insoportable soledad y sensación de vacío. Hacen esfuerzos frenéticos para evitar ser abandonados, incluyendo comportamientos suicidas, y son incapaces de entender que esta forma de excesiva dependencia mediante drásticas y dramáticas medidas en realidad les está alejando de los demás. Al presentar ansiedad, depresión y sentimientos de culpabilidad e inferioridad, muchos llevan a cabo comportamientos autodestructivos y acaban abandonándose de forma impulsiva a las drogas o a la promiscuidad sexual. Algunos incluso llegan a mutilarse haciéndose cortes o quemaduras. Como carecen de un sentido maduro de su propia identidad, varían bruscamente de objetivos y valores, cambian de repente de trabajo de una manera impulsiva y revocan con indiferencia las opiniones previas. Durante los períodos en que se hallan sometidos a estrés, esta falta de cohesión les hace susceptibles a estados psicóticos transitorios y a episodios disociativos. La personalidad límite tiene muchos aspectos de otros trastornos de la personalidad.

Las personas con TLP pueden mostrar un patrón en el que se boicotean a sí mismas cuando están a punto de alcanzar una meta (por ejemplo, abandonan la facultad justo antes de graduarse, empeoran gravemente después de haber tratado en la consulta los progresos en la terapia, rompen una buena relación cuando es evidente que la relación puede durar). Algunos individuos desarrollan síntomas de tipo psicótico (por ejemplo, alucinaciones, distorsiones de la imagen corporal, ideas de referencia, fenómenos hipnagógicos) durante los momentos de estrés.

Los individuos con este trastorno pueden sentirse más seguros con los objetos de transición (es decir, un animal doméstico o una posesión inanimada) que en las relaciones interpersonales. Puede producirse la muerte prematura por suicidio, especialmente en aquellas personas con trastornos comórbidos depresivos o de consumo de sustancias. Puede haber discapacidad física como resultado de las conductas de abuso autoinflingidas o de los intentos fallidos de suicidio. También son frecuentes la pérdida de empleo recurrente, la interrupción de la educación y la separación o el divorcio. El abuso físico y sexual, el abandono, los conflictos hostiles y la pérdida prematura de los padres son frecuentes entre los antecedentes infantiles de las personas con TLP. Los trastornos coexistentes más frecuentes son los trastornos depresivos y bipolares, los trastornos de consumo de sustancias, los trastornos de la conducta alimentaria (especialmente la

bulimia nerviosa), el trastorno de estrés postraumático y el trastorno por déficit de atención. También aparece de manera comórbida con otros trastornos de la personalidad.

En una revisión de 14 estudios de investigación, Widiger y Frances (1989) encontraron que la impulsividad y la inestabilidad afectiva, el daño a sí mismo, la alteración de la identidad y las relaciones interpersonales inestables e intensas eran las manifestaciones más características del TLP. Estas características se manifiestan en el comportamiento, el autoconcepto, la afectividad, el amor y la sexualidad, el estilo cognitivo y las relaciones interpersonales (Akhtar, 1984).

En cuanto al autoconcepto, la difusión de la identidad está en el núcleo de muchos de los fenómenos aparentes en el TLP. Esto puede manifestarse clínicamente con rasgos contradictorios de carácter, falta de autenticidad, sentimientos de vacío, disforia hacia la sexualidad, entre otros (Akhtar, 1984). Los actos para dañarse a sí mismo son frecuentes, y se manifiestan como comportamientos suicidas o autolesivos recurrentes, así como abuso de alcohol y otras sustancias. Como decíamos, una característica clave del TLP es la difusión de la identidad. Parece que la memoria autobiográfica estaría de alguna manera alterada en estos sujetos (Bech, Elklit y Simonsen, 2015).

A nivel afectivo, son pacientes que con elevada frecuencia están disfóricos. Su afectividad inestable es una mezcla entre afecto deprimido, soledad y vacío. El comportamiento impulsivo-agresivo es una característica nuclear del TLP. El apasionamiento por los objetos amados es seguido por su devaluación. Hay una tendencia hacia la promiscuidad y las perversiones. La labilidad emocional y la impulsividad son dos fenómenos primordiales en el TLP (Laddis, 2015). La inestabilidad afectiva, definida como repetidos y bruscos cambios de humor, se considera la patología central en el TLP. Una revisión publicada por Nica y Links (2009) sugiere el siguiente patrón de variabilidad del estado de ánimo: intenso estado de ánimo negativo, cambios de humor más frecuentes y bruscos que los controles sanos, pacientes con depresión mayor y activación parcial del afecto pos acontecimientos externos.

En cuanto a su estilo cognitivo, son fácilmente sugestionables y con frecuencia cambian sus decisiones. Las cosas y la gente son evaluadas en función de polos extremos (blanco o negro). No es raro que sufran episodios psicóticos transitorios y amnesia emocional de tipo disociativo, especialmente en situaciones estresantes y desestructuradas.

En el plano social, sus relaciones interpersonales suelen ser inestables, intensas, demandantes y dependientes, así como caracterizadas por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación. Jeung y Herpertz (2014), revisan la empatía y la calidad de las relaciones íntimas en los pacientes con TLP. Se observa que una pobre calidad de las relaciones íntimas puede dar como resultado al menos parcialmente, menores capacidades de mentalización y empatía cognitiva, mayor angustia personal y menor empatía afectiva en el contexto social. Los estudios sobre la evolución natural a largo plazo del TLP sugieren que la integración social sigue siendo insatisfactoria en la mayoría de los casos. Por ello, Lis y Bohus (2013) centraron su investigación en tres dominios principales de interacción social: la afiliación social, la cooperación y la hostilidad. Encontraron que los pacientes que cumplían los criterios para el TLP mostraban una tendencia a malinterpretar situaciones neutras, se sentían socialmente rechazados durante condiciones de inclusión normativas y mostraban dificultades para volver a tener conductas cooperativas después de experimentar decepción. Beeney, Hallquist, Clifton, Lazarus y Pilkonis (2016) realizaron un análisis de las relaciones a través de las redes sociales en pacientes con TLP y hallaron que este grupo de pacientes se asociaba con un menor apoyo social, interacciones negativas más frecuentes y menor integración social.

En cuanto a sus relaciones interpersonales, aunque sus síntomas son graves, se considera que la personalidad límite, a pesar de ello, se encuentra en un continuo con la normalidad. El estilo voluble (Oldham y Morris, 1995) describe a personas que llevan una vida similar a lo que se experimenta al subir a una montaña rusa. La norma son los frecuentes altibajos y la vinculación es el aspecto central en todas las relaciones. Lo que subyace a los esfuerzos frenéticos del límite para evitar el abandono es un deseo de estar siempre implicado en relaciones románticas apasionadas. Según estos autores, este tipo de individuos procesa la experiencia desde un punto de vista emocional y no tanto desde la lógica, y muestra sus sentimientos con espontaneidad y creatividad. En el ámbito social, son vivaces, tienen un entusiasmo contagioso y están dispuestos a experimentar diversos roles y diferentes sistemas de valores. Como presentan aspectos de las personalidades dependiente e histriónica, buscan con ansia relaciones de proximidad incluso de una manera más intensa, como si se tratara de una fusión de almas. Esperan lo mismo de los demás y se sienten heridos con

facilidad si no consiguen satisfacer sus deseos. A continuación aparece la ira y el resentimiento (Millon et al., 2006).

El TLP se considera un trastorno muy prevalente y crónico que se caracteriza por un patrón de relaciones interpersonales caóticas y autodestructivas, labilidad emocional, falta de control de los impulsos, ataques de ira, frecuentes tendencias suicidas y autolesiones. Además, aparecen relaciones interpersonales muy intensas e inestables, sentimientos de vacío, estallidos de ira, miedos crónicos al abandono, intolerancia a la soledad y la falta de un sentido estable de uno mismo, derivado según Levy (2005) de deficiencias en la organización del proceso de apego. Se ha encontrado que la impulsividad, la labilidad emocional y los comportamientos autolesivos que se producen en los pacientes con TLP aparecen en un contexto interpersonal y, a menudo se precipitan por acontecimientos reales o imaginarios dentro de relaciones interpersonales.

La agresión contra uno mismo o contra los demás es un componente central del TLP. Estos actos agresivos son en gran medida de tipo impulsivo. El TLP tiene altas tasas de comorbilidad con trastornos por uso de sustancias, trastorno bipolar y trastorno antisocial de la personalidad, pudiendo estas condiciones elevar aún más el riesgo de violencia (Látalová y Prasko, 2010). Allen y Links (2012) llevaron a cabo una revisión sistemática acerca del TLP y la agresividad. Los resultados indicaron que el TLP no parecía estar asociado de forma independiente con un mayor riesgo de violencia que en la población general. Pero la historia de maltrato infantil, la violencia o historia de criminalidad previa y la psicopatía comórbida o trastorno antisocial de la personalidad parecían ser predictores de violencia en pacientes con TLP.

Siguiendo a Oumaya et al. (2008), por autolesión se entiende la destrucción deliberada, directa o alteración de uno de los tejidos del cuerpo sin intención suicida consciente. Este patrón de comportamiento es común en el TLP (50-80% de los casos) y es con frecuencia repetitivo (más del 41% de los pacientes llevan a cabo más de 50 autolesiones). La forma más común son los cortes, pero también llevan a cabo quemaduras, golpes para provocarse hematomas o mordeduras. Las funciones de estas conductas son variables, desde la proporción de un alivio a los estados de ánimo negativos, una reducción de la angustia, obtener el cuidado de otras personas y una expresión simbólica de las emociones. Aproximadamente entre el 60-90 % de los pacientes con TLP presentan autolesiones, siendo la venoclisis superficial la más frecuente. Se ha

explicado que una de las funciones de las autolesiones es reducir la fuerte tensión de carácter aversivo que experimenta la persona. Willis et al. (2016) compararon las respuestas a estrés en pacientes con TLP frente a controles sanos, cuando ambos grupos recibieron una incisión que no causaba lesiones tisulares, típicamente percibido como doloroso o un estímulo táctil nociceptivo con un bisturí. Se encontró una reducción mayor y más inmediata al estrés después de ambos estímulos dolorosos en los pacientes con TLP. Por tanto, parece que entre los pacientes con TLP, la entrada nociceptiva conduce a una reducción del estrés. Somma, Sharp, Borroni y Fossati (2016) señalaron una asociación moderada, aunque significativa, entre los rasgos de personalidad límite en la adolescencia y las autolesiones, indicando que no sería la disregulación emocional el único factor asociado entre estas dos características. Un estudio centrado en chicas adolescente con TLP que presentaban autolesiones (Tschan, Peter-Ruf, Schmid e In-Albon, 2017) informó de puntuaciones elevadas en búsqueda de novedad y evitación del daño, así como bajas puntuaciones en persistencia y cooperatividad, comparados con chicas que llevaban a cabo autolesiones pero no cumplían los criterios para ser diagnosticadas de TLP.

La tasa de suicidio en muestras clínicas del TLP es de alrededor del 5 al 10 %. Una tasa que es aproximadamente 400 veces mayor que la de la población general. Los autores estiman que del 40 al 85% de los pacientes con TLP llevará a cabo intentos de suicidio que suelen ser múltiples, con una media de tres intentos. Las relaciones entre las autolesiones y el suicidio son paradójicas. Algunos autores identifican las autolesiones como un factor protector contra el suicidio, conceptualizando las autolesiones como una forma atenuada de suicidio. De esta manera, las autolesiones desempeñarían el papel de un acto anti-suicidio, lo que permite a los pacientes salir de su disociación y que sientan que están viviendo de nuevo. El riesgo de suicidio no aumentaría tanto como las autolesiones, que producen el alivio esperado. Sin embargo, hay otros muchos autores (Jopling, Khalid-Khan, Chandrakumar y Segal, 2016; Rogers y Joiner, 2016) que encuentran que la presencia de autolesiones constituirían un factor de riesgo de suicidio consumado. Por lo tanto, los pacientes con antecedentes de autolesiones tienen aproximadamente el doble de riesgo de suicidio que los que no. Repetidas autolesiones pueden aumentar la disforia, que sólo se alivia con gestos suicidas. Las personas que se autolesionan como intentos de suicidio, pueden

tener un mayor riesgo de suicidio por varias razones: suelen ser pacientes que experimentan más sensación de depresión y desesperanza, son más agresivos y muestran mayor inestabilidad afectiva, subestiman la letalidad de su comportamiento suicida y están preocupados por pensamientos suicidas durante períodos de tiempo más largos y más frecuentes. En los pacientes con TLP se encuentran estrategias de afrontamiento desadaptativas, que les pueden predisponer para presentar un comportamiento suicida, lo que aumenta el riesgo de suicidio consumado. Los datos empíricos indican que los eventos adversos en la vida, una historia de trauma en la infancia, la presencia de condiciones psiquiátricas comórbidas (en particular trastornos por uso de sustancias y trastornos depresivos), confieren un elevado riesgo de comportamiento suicida en pacientes con TLP (Kolla, Eisenberg y Links, 2008). Una serie de comportamientos asociados con el trastorno límite de la personalidad tales como intento de suicidio, suicidio, abuso de sustancias y comportamiento antisocial, parece que van en aumento entre los jóvenes. El factor común de estos trastornos es la impulsividad (Paris, 1992).

James, Berelowitz y Vereker (1996) llevaron a cabo un estudio acerca de las características de presentación, la sintomatología y la familia de una muestra de adolescentes con TLP, que se compararon con controles psiquiátricos. Se encontró que los adolescentes con TLP tienen altos índices de sintomatología afectiva y por tanto, con frecuencia comorbilidad con trastorno depresivo mayor en eje I, así como altos niveles de psicopatología de tipo interpersonal, tales como, manipulación, devaluación y sensación generalizada de aburrimiento. Esto último parece ser más característico que en los adultos con TLP. Con respecto a las familias, se observó que estas eran particularmente irritables e inestables/cambiantes.

Las alucinaciones, esencialmente en la modalidad auditiva, constituyen uno de los síntomas que aparecen en el TLP. Se ha estimado que en pacientes con trastorno límite de la personalidad, alrededor del 22-50% experimentan alucinaciones verbales auditivas (Slotema et al., 2016).

La mayor parte de estas experiencias son transitorias, provocadas por factores de estrés intermitentes, pero crónicas. Gras, Amad, Thomas y Jardri (2014), llevan a cabo una revisión sobre esto y encuentran que las experiencias alucinatorias observadas en el TLP son fenomenológicamente similares a las descritas en el espectro de la esquizofrenia en términos de intensidad, duración y localización espacial. Según Schroeder, Fisher y

Schäfer (2013), de los pacientes con TLP, aproximadamente entre el 20-50 % informan de síntomas psicóticos. Las alucinaciones parecen ser similares a las de los pacientes con trastornos psicóticos en términos de fenomenología, impacto emocional y persistencia en el tiempo. Al igual que en otras poblaciones, parece que el trauma infantil puede desempeñar un papel importante en el desarrollo de síntomas psicóticos en pacientes con TLP. Siguiendo a Merrett, Rossell y Castle (2016), en el ámbito clínico, se observan pruebas que sugieren que aproximadamente el 50% de los individuos con trastorno límite de la personalidad experimentan alucinaciones auditivas verbales. En una revisión sistemática publicada por estos mismos autores, se concluye que algunos estudios proporcionan pruebas que sugieren que las experiencias de voz en el trastorno límite de la personalidad son similares a las experimentados por las personas con esquizofrenia, por ejemplo, se producen dentro de la cabeza, y con frecuencia participan voces persecutorias. Otros estudios revelaron algunas diferencias entre las alucinaciones auditivas en la esquizofrenia y en el TLP, ya que las voces en éste último, tienen un tono más despectivo y de naturaleza autocrítica y la respuesta de los sujetos que escuchan “la voz o las voces” eran más resistentes emocionalmente. En otros estudios, se concluía que “las voces” del grupo de pacientes con esquizofrenia provocaban una mayor interrupción en el funcionamiento diario de estas personas.

Se ha encontrado que los pacientes con TLP que están siendo atendidos en Centros de Salud Mental tienden a presentar dificultades de relación, inestabilidad del estado de ánimo, disforia y conductas autoagresivas. Por el contrario, los sujetos con TLP que siguen tratamiento en Atención Primaria manifiestan síntomas físicos que tienen una difícil justificación médica, sobretudo dolor crónico así como otros tipos de preocupaciones somáticas (Sansone y Sansone, 2015). McWilliams y Higgins (2013) encontraron que los sujetos con cualquiera de los cuatro siguientes dolores: Artritis, Dolor de cabeza (severo/frecuente), Dolor crónico de espalda y Otros dolores crónicos, presentaban niveles más altos de síntomas de trastorno límite de la personalidad que los sujetos sin estos dolores. La mayor puntuación media de síntomas de TLP fue para aquellos con dolor de cabeza. En la Tabla 2.6 se especifican los porcentajes de pacientes atendidos en Atención Primaria que consultaban por dolores o problemas de espalda y que cumplían criterios para el diagnóstico de TLP según el DSM-IV-TR (APA, 2002).

2.4. ETIOLOGÍA

Debido a que se considera que el origen del TLP es multifactorial, se han llevado a cabo estudios que abarcan una amplia variedad de factores predisponentes inespecíficos de tipo neurobiológico, de desarrollo temprano y sociales (Stone, 1980). Existen también una serie de teorías psicológicas que postulan la etiopatogenia de este trastorno. Carpenter, Tomko, Trull y Boomsma (2013) revisaron estudios genético-ambientales relacionados con el TLP, incluidos los que se centraban en la impulsividad, sensibilidad, comportamiento suicida, agresión, ira y el propio fenotipo límite de la personalidad. En este estudio se encontraron datos que apoyaban un modelo de correlación genes y medio ambiente para los rasgos de personalidad límite y una serie de eventos adversos en la vida, indicando que las personas que estaban en riesgo de tener un TLP también tenían un mayor riesgo de exposición a ambientes que podían desencadenar el TLP. Siguiendo a Carpenter, et al. (2013), la patogénesis del TLP implicaba interacciones complejas entre factores genéticos, neurobiológicos y ambientales, lo que resultaba de la afectación de múltiples dominios presentes como núcleo de síntomas tales como la disregulación emocional, el descontrol de los impulsos, la agresión, disfunciones cognitivas y estados disociativos.

2.4.1. Neurobiología del trastorno límite de la personalidad

La investigación en los mecanismos biológicos subyacentes al TLP es prometedora, pero se halla aún en estadios iniciales. La mayor parte de las teorías sugerían que una interacción entre una vulnerabilidad biológica innata al estrés (ansiedad y regulación del afecto) y un entorno parental invalidante, causarían la futura psicopatología límite (Kernberg, 1975; Stern, 1938).

Cierto número de investigadores han desarrollado estudios en pacientes diagnosticados con TLP, centrándose en las variables biológicas (resultados anormales de la prueba de supresión de la dexametasona, latencia acortada del sueño REM, respuesta aplanada de la tirotrópina y sensibilidad anormal a la anfetamina). Sin embargo, aunque eran positivos, estos marcadores biológicos no eran específicos del TLP, no demostraban necesariamente un factor biológico, y por tanto, podrían no reflejar la patogenia.

Andrulonis et al. (1982) informaron que el 38% de los pacientes límites tenían una afección orgánica significativa, como una lesión encefálica previa, epilepsia, encefalitis o antecedentes de trastorno de déficit emocional en la infancia. Subdividieron, pues, a los pacientes límites en subtipos orgánico y funcional, y notaron que los pacientes con TLP manifestaban signos neurológicos menores. Arbabi, Paast, Karim, Faghfori y Memari (2016) encontraron que la puntuación total de signos neurológicos leves en el TLP fue significativamente mayor que en el grupo control. En concreto, los pacientes tenían puntuaciones más altas en integración sensorial, coordinación motora y otros signos neurológicos leves. El análisis de regresión múltiple mostró que la puntuación de impulsividad era el mejor predictor de los signos neurológicos leves en el TLP.

Los hallazgos de datos de tratamiento psicofarmacológico, junto con los hallazgos cerebrales de funcionamiento asociados, indicaban que el TLP era un trastorno de base biológica (Foti et al., 2011).

2.4.1.1. Factores genéticos

Los estudios de familias del TLP confirmaban la importancia del factor psicobiológico constitucional. Hay pruebas crecientes de que los padres de los pacientes límites tenían una alta incidencia de trastorno afectivo y de comportamientos que se observaban en el trastorno límite, en la dependencia del alcohol, en el trastorno antisocial de la personalidad y en otros trastornos de la personalidad del grupo B (Coccaro et al., 1989).

Los estudios en gemelos señalaban que el TLP tenía un alto componente hereditario (Coolidge, Thede y Jang, 2001; Torgersen et al., 2000). Otro estudio mostraba que la persona puede heredar su temperamento y rasgos específicos de la personalidad, en especial la impulsividad y la agresividad (Lynam y Widiger, 2001). Los investigadores han seguido estudiando los genes implicados en la regulación de las emociones y el control de los impulsos en cuanto a su posible relación con el TLP (Lis, Greenfield, Henry, Guile y Dougherty, 2007).

Winsper et al. (2016) llevaron a cabo una revisión sistemática en relación a la neurobiología del TLP en niños y adolescentes y de manera similar a los hallazgos en población adulta, estudios de gemelos indicaban niveles de moderados a altos de heredabilidad del TLP, así como evidencias de

interacciones genes-ambiente. También en consonancia con informes de adultos, en algunos adolescentes con TLP se observaron diferencias estructurales tanto en sustancia gris como en sustancia blanca, con alteraciones en regiones frontales y límbicas. Estos hallazgos sugieren que las anomalías neurobiológicas observadas en el TLP adulto pueden no ser únicamente consecuencia de la morbilidad crónica o el uso prolongado de medicación sino que proporcionaban un apoyo provisional para las teorías del desarrollo neurológico. Así determinados marcadores neurobiológicos podrían ser observados desde la infancia e interactuarían con los factores ambientales, aumentando de este modo el riesgo de TLP en poblaciones jóvenes.

2.4.1.2. Factores bioquímicos

Los marcadores para la impulsividad son más específicos. Coccaro et al. (1989) encontraron una función serotoninérgica reducida (medida por el nivel de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, o por una respuesta aplanada de la prolactina a la provocación con fenfluramina) en pacientes que demostraron agresión impulsiva, que es una característica “nuclear” del TLP. En pacientes límites con antecedentes de intentos de suicidio se obtuvieron resultados similares. Estos datos sugirieron una base psicobiológica para el comportamiento impulsivo-agresivo, causado por una deficiencia de la función serotoninérgica central. En esta misma línea, Siever y Davis (1991) asociaron el TLP a una anomalía de los impulsos, en la que la serotonina había disminuido y la noradrenalina aumentado, lo que provocaba la activación sin inhibición conductual. La serotonina está implicada en la agresividad impulsiva, rasgo básico del TLP, y en la agresividad dirigida hacia uno mismo, como el suicidio, el riesgo de suicidio (Van Praag, 1991) y las autolesiones. De hecho, los sujetos con TLP que tienen importantes alteraciones serotoninérgicas presentaban un riesgo muy elevado de autolesionarse (New, Trestnam, Mitropoulou y Benishay, 1997).

Los estudios neurobiológicos mostraban que los síntomas y comportamientos del TLP se asociaban en parte con alteraciones en los sistemas glutamatérgicos, dopaminérgicos y serotoninérgicos (Carpenter et al., 2013).

Grosjean y Tsai (2007) propusieron que múltiples disfunciones cognitivas y síntomas que presentaban los pacientes con TLP, como la

disociación, la psicosis y la alteración de la nocicepción, podrían ser resultado de una combinación de vulnerabilidad biológica e influencias ambientales mediada por una disregulación de la neurotransmisión de NMDA.

Seguendo a Friedel (2004), parte de la investigación sobre las bases biológicas del TLP se ha centrado principalmente en el modelo serotoninérgico de la agresión impulsiva. Sin embargo, había pruebas de que la disfunción dopaminérgica también podía estar asociada con el TLP. La evidencia de una disfunción dopaminérgica en el TLP se derivaba de la eficacia de los fármacos antipsicóticos tradicionales y atípicos en el TLP. Además, los estudios en humanos y en animales indicaron que la actividad dopaminérgica desempeñaba un papel importante en el procesamiento de información emocional, control de los impulsos y cognición. Friedel (2004) encontró que la disfunción dopaminérgica se asociaba con tres dimensiones del TLP, que eran, la disregulación emocional, la impulsividad y el deterioro cognitivo-perceptivo. Este mismo autor planteó una teoría alternativa que postulaba que la disfunción dopaminérgica en el TLP podía ser una respuesta compensatoria a alteraciones en los sistemas neuronales primarios que controlaban la emoción, el control de impulsos y la cognición, y que estaban mediados por los principales neurotransmisores del cerebro, glutamato y GABA, o por uno o más de otras vías neuromoduladoras, como la de la serotonina, acetilcolina y noradrenalina.

2.4.1.3. Factores neuroanatómicos

Estudios electrofisiológicos encontraron déficits hemisféricos predominantemente en hemisferio derecho en inhibición cortical, una actividad orbitofrontal izquierda menor ante potenciales evocados visuales y una correlación entre la magnetoencefalografía y los síntomas depresivos y el deterioro funcional consecuente. Se incluían como estructuras cerebrales implicadas en el TLP el hipocampo, la corteza prefrontal dorsolateral y la corteza cingulada anterior. Una alteración en el funcionamiento de los circuitos frontolímbicos parecía correlacionarse con déficits cognitivos (Mak y Lam, 2013).

Se encontró una reducción significativa de los volúmenes de la amígdala en pacientes con TLP ($p < 0.001$). El volumen de la amígdala era significativamente menor en los pacientes con TLP y sin trastorno de estrés

postraumático (TEPT) comórbido en relación a los controles, pero no en pacientes con TLP y TEPT comórbido con respecto a los controles. Por tanto, este meta-análisis sugiere que el volumen de la amígdala se reduce en pacientes con TLP y que este patrón se confirma en los pacientes con TLP y sin TEPT comórbido (De-Almeida et al., 2012). En esta misma línea, Rodrigues et al. (2011) publicaron un meta-análisis donde encontraron que el volumen del hipocampo se reducía bilateralmente en pacientes con TLP en comparación con controles sanos, sobre todo en los casos en que los pacientes tenían un TEPT comórbido.

O'Neill y Frodl (2012) investigaron acerca de los resultados de los estudios de neuroimagen en el TLP, centrándose en particular en anomalías estructurales, funcionales y neurometabólicas en el trastorno. Al igual que otros autores, encontraron reducciones en los hipocampos y amígdala de los pacientes con TLP en comparación con controles sanos, una actividad exagerada de la amígdala en pacientes con TLP cuando se enfrentaban con el estímulo relacionado con las emociones, una correlación negativa entre el aumento de la creatina de la amígdala izquierda y la reducción del volumen de dicha amígdala, la reducción de la concentración absoluta de N-acetil aspartato en la corteza prefrontal dorsolateral de pacientes con TLP, y el aumento de la concentración de glutamato en la corteza cingulada anterior de pacientes con TLP.

Además, los estudios de neuroimagen en pacientes con TLP indicaban diferencias en el volumen y la actividad de regiones cerebrales específicas relacionadas con la emoción y el control de los impulsos, como el córtex prefrontal y cingulado, la amígdala y el hipocampo (Carpenter et al., 2013).

Soloff, Abrahan, Ramaseshan, Burgess y Diwadkar (2016), utilizando resonancia magnética funcional en pacientes mujeres con TLP, encontraron que la vulnerabilidad a la interferencia afectiva en el control de los impulsos podría deberse a una disfunción específica de la red relacionada con la hiperactivación de la amígdala y sus efectos en las regiones prefrontales, tales como la corteza orbitofrontal y la corteza prefrontal dorsolateral.

Se sugirió una disfunción en la red fronto-límbica como mediador en la sintomatología del TLP (Schmahl y Bremner, 2006). Estos pacientes mostraron disfunciones prefrontales ante tareas de control de impulsos en regiones orbitofrontales, dorsomediales y dorsolaterales (Sebastian, 2014).

2.4.1.4. Factores neuropsicológicos

Alteraciones neurobiológicas estaban relacionadas con alteraciones cognitivas en pacientes con TLP y pruebas neuropsicológicas han demostrado alteraciones de la memoria, atención, lenguaje y funciones ejecutivas (Carpenter et al., 2013).

La disfunción ejecutiva en el TLP se relacionó con el suicidio y la adherencia al tratamiento. El TLP también se caracterizaba por distorsiones cognitivas tales como toma de decisiones de riesgo, análisis deficiente de las atribuciones, pensamiento dicotómico, atribuciones monocausales, establecimiento rápido y directo de conclusiones y estilo cognitivo paranoide. También se describieron déficits en la cognición social, inferencia social y empatía emocional, una hipermentalización, reconocimiento facial emocional más pobre y expresiones faciales alteradas (Mak y Lam, 2013).

LeGris y van Reekum (2006) encontraron deterioro neuropsicológico en uno o más dominios cognitivos en el 83% de los estudios que revisaron, independientemente de la depresión, en funciones que implicaban déficits específicos o generalizados vinculados a las regiones prefrontales orbitales y dorsolaterales. La función que más frecuentemente se vio afectada (del 71 al 86% de los estudios) era la inhibición. La toma de decisiones y el deterioro de la memoria visual también se vio afectada con frecuencia y entre el 60 y el 67% de los estudios informaban de deterioro atencional, de memoria verbal y en la organización visoespacial. Paret, Jennen-Steinmetz y Schmahl (2016) realizaron un meta-análisis acerca del proceso de toma de decisiones en sujetos con TLP. Los estudios, basados mayoritariamente en la Iowa Gambling Task (IGT), apuntaban a una menor ganancia neta en esta tarea, debido a una alteración en el proceso de toma de decisiones.

Procesos menos afectados en el TLP eran los que implicaban a la memoria de trabajo espacial, la planificación y el Cociente Intelectual. Se realizó un meta-análisis de 10 estudios que comparaban el TLP con sujetos sanos en atención, flexibilidad cognitiva, aprendizaje, memoria, planificación, velocidad de procesamiento y habilidades visoespaciales. Se encontraron déficits, sobretodo en la capacidad de planificación (Ruocco, 2005).

Martín, Flasbeck, Brown y Brüne (2017) analizaron el funcionamiento de las neuronas espejo en los pacientes con TLP en comparación con un grupo control. Según sus resultados, el grupo clínico no presentó un deterioro en el

El trastorno límite de la personalidad

funcionamiento de sus neuronas espejo, algo que se había postulado como hipótesis explicativa a la falta de empatía que se observa en los pacientes con TLP.

Cuando se tienen en cuenta las variables edad, sexo, nivel de estudios y trastornos mentales comórbidos, no se encuentran déficits significativos en la toma de decisiones, memoria, funciones ejecutivas, velocidad de procesamiento, inteligencia verbal y habilidades visoespaciales. Obtenían peores resultados en test neuropsicológicos aquellos con trastornos comórbidos de depresión mayor, trastornos de la conducta alimentaria y cualquiera de los trastornos por abuso de sustancias. Sin embargo, la comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático no parecía afectar al rendimiento cognitivo de los pacientes con TLP (Unoka y Richman, 2016).

Aunque en general, el perfil neuropsicológico del TLP está poco definido, en la Figura 2.1 quedan representados los principales déficits en funciones cognitivas encontrados en la literatura científica.

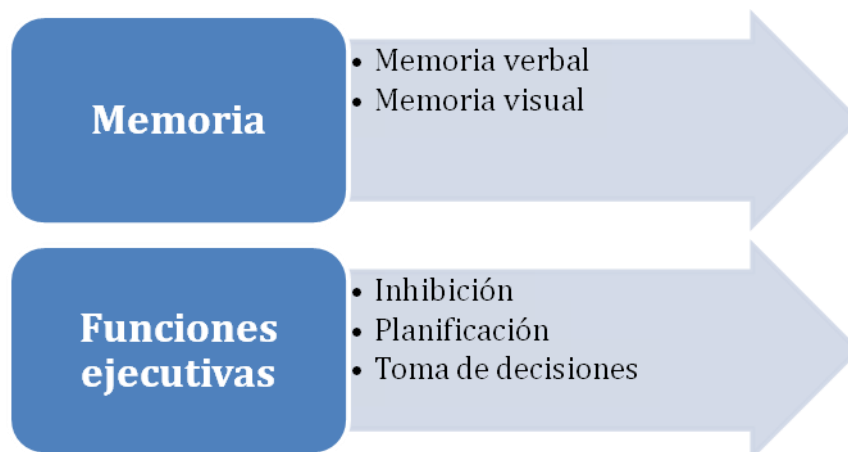


Figura 2.1

Neuropsicología del trastorno límite de la personalidad

2.4.2. Factores psicosociales

Desde una perspectiva psicodinámica, numerosos estudios señalaron el papel crucial de los traumas infantiles en el desarrollo del TLP. Zanarini et al. (1997) hallaron que las experiencias infantiles de abandono y maltrato eran básicamente ubicuas entre los pacientes límites, siendo el maltrato sexual un factor etiológico importante en cerca del 60% de los pacientes gravemente trastornados.

El debate acerca de si el trauma infantil era un factor causal en el desarrollo del TLP ha sido algo que ha tenido lugar durante años en la literatura acerca de este trastorno. Ball y Links (2009) llevaron a cabo una revisión sobre este tema donde indicaban que la evidencia apoyaba la relación causal, sobre todo si la relación era considerada como parte de un modelo etiológico multifactorial.

El principal exponente contemporáneo de la hipótesis del temperamento es Akiskal (1981), quien afirmaba que los límites y los miembros de la familia con TLP, solían compartir características de un temperamento ciclotímico. Estas personas experimentarían oscilaciones del estado de ánimo similares a las que se producían en la depresión maníaca. Para el observador externo, sus emociones parecen arbitrarias e inestables, desconectadas por completo de los acontecimientos externos.

James, Berelowitz y Vereker (1996) analizaron, entre otras variables, la familia de una muestra de adolescentes con TLP, que se compararon con controles psiquiátricos. Con respecto a las familias, se observó que estas eran particularmente irritables e inestables/cambiantes.

Winsper, et al. (2016) encontraron que el abuso sexual, abuso físico, maltrato verbal, negligencia por parte de los progenitores y hostilidad materna se asociaban con el diagnóstico de TLP desde edades tempranas (19 años de edad o menos).

Para la teoría cognitivo conductual, el individuo con TLP tendría una concepción extrema y mal integrada, de la relación con sus primeros cuidadores, y como consecuencia de ello sus expectativas acerca de las relaciones interpersonales carecerían de realismo. Esas expectativas, dañarían y condicionarían de forma sistemática la conducta y las respuestas

emocionales, además serían las responsables de la sintomatología de la persona.

La concepción de Millon (1981, 1987), basada en la teoría del aprendizaje social, atribuía un papel central a la falta de sentido coherente de la propia identidad que padece el paciente. Afirmaba que la falta de metas claras y coherentes, provocaba acciones mal coordinadas, impulsos mal controlados y la ausencia de logros sólidos. Como no hay una estrategia coherente para abordar los problemas que surgen, estos individuos manejaban mal sus propias emociones y dificultades. Millon reflejaba que, como consecuencia, el paciente límite se volvía muy dependiente de los otros, en quienes buscaba protección y seguridad, y también era muy sensible a cualquier signo que él pudiese percibir como pérdida de apoyo.

Linehan (1981, 1987), presentó una conceptualización más conductual de la terapia para el TLP, que denominó *Terapia Dialéctica Conductual*. Ella partía de que el TLP era una disfunción de la regulación emocional, probablemente de base fisiológica. Se creía que esa disfunción era la responsable de las dramáticas reacciones y de los actos impulsivos exagerados que presentaba el paciente. Añadió también, que en el curso de su desarrollo, estas personas tenían una extensa experiencia con otros significativos (principalmente sus progenitores) que desestimaban sus emociones. Recibían, por tanto, una inadecuada educación en relación a la regulación emocional, y al mismo tiempo aprendían a asumir una actitud despectiva y punitiva respecto de lo que ellos mismos sentían. Esa actitud despectiva y punitiva, así como los miedos realistas que presentaba la persona con TLP de no ser capaz de controlar sus emociones intensas, le impedían tolerar las emociones fuertes durante un tiempo suficiente como para hacer por ejemplo, un adecuado duelo por las pérdidas significativas.

Desde una perspectiva más integradora, Paris (1994) resumió de manera sencilla los factores etiológicos mencionados anteriormente en su modelo biopsicosocial del TLP. Sugirió que hay cierto número de factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que interactuaban para determinar el desarrollo del TLP, como el temperamento innato, las experiencias infantiles difíciles, y algunas formas de disfunción neurológica y bioquímicas relativamente sutiles (que pueden ser tanto secuelas de esas experiencias infantiles como factores innatos de vulnerabilidad). Los estresores psicológicos

y sociales precipitarían una transición desde la vulnerabilidad innata a la franca psicopatología.

Por su parte, Figueroa y Silk (1997) integraron los elementos comunes de la biología del estrés y el trauma con la biología del TLP, con el fin de exponer una hipótesis en cuanto a las posibles implicaciones de una historia de abuso sexual en la infancia sobre la biología del TLP. Los autores encontraron que en estos pacientes, aparecía una hipersensibilidad en situaciones interpersonales, que probablemente estaría mediada por mecanismos noradrenérgicos, y estos procesos podían estar estrechamente relacionados con una historia de abuso sexual en la infancia. Por otro lado, la impulsividad, que estaba relacionada con los mecanismos serotoninérgicos, era el mayor predisponente constitucional a sufrir TLP, independientemente de si existía o no una historia de trauma. La combinación de hiperactividad con impulsividad y el medio ambiente, podrían dar lugar a un cuadro clínico, a menudo observado en el TLP, cuando se empleaba la impulsividad y el comportamiento autodestructivo con el fin de lidiar con el estrés, la angustia, y la disforia de ser hipersensibles a los estímulos ambientales interpersonales.

2.5. EVOLUCIÓN, CURSO Y PRONÓSTICO

Existe una considerable variabilidad en el curso del TLP (APA, 2013). El patrón más frecuente es una inestabilidad crónica en la edad adulta, con episodios de grave descontrol afectivo e impulsivo y altos niveles de utilización de los recursos de salud y de salud mental. El deterioro de la afección y el riesgo de suicidio eran mayores en los adultos jóvenes y disminuían gradualmente con la edad. Las personas que acudían a intervención terapéutica mostraban a menudo una mejoría en algún momento del primer año. De todos modos, la tendencia a experimentar emociones intensas, a actuar de forma impulsiva y a vivir las relaciones con gran intensidad solía perdurar toda la vida. Durante la década de los 30 y 40 años de edad, la mayoría de las personas con este trastorno lograba una mayor estabilidad en sus relaciones y funcionamiento profesional. Estudios longitudinales de seguimiento de los pacientes ambulatorios, tratados en centros de salud mental, indicaron que, después de unos 10 años, casi la mitad de las personas ya no tenían un patrón de comportamiento que cumpliera con todos los criterios de TLP (APA, 2013).

El trastorno límite de la personalidad

El TLP tiene su inicio en la adolescencia, pero por lo general se diagnostica por primera vez en la edad adulta joven (Fonagy et al., 2015). Es más predominante en las mujeres (aproximadamente un 75%). Es aproximadamente cinco veces más frecuente entre los familiares de primer grado de las personas con el trastorno que entre la población general. También hay un mayor riesgo familiar de trastornos por consumo de sustancias, trastorno antisocial de la personalidad y trastornos depresivos o bipolares.

El patrón de comportamiento se ha identificado en múltiples contextos de todo el mundo. Los adolescentes y los adultos jóvenes con problemas de identidad (especialmente si van acompañados por el consumo de sustancias) pueden mostrar de forma transitoria comportamientos que engañosamente dan la impresión de un TLP. Tales situaciones se caracterizan por la inestabilidad emocional, los dilemas “existenciales”, la incertidumbre, las elecciones que provocan ansiedad, los conflictos sobre la orientación sexual y las presiones sociales contrapuestas para decidir sobre el futuro vocacional.

Existe una gran variabilidad en la evolución de los pacientes con TLP, aunque en general, se ha descrito una tendencia a la mejoría a lo largo del tiempo, lográndose cierta estabilidad en las relaciones personales y la capacidad funcional a partir de la cuarta o quinta década de la vida. Los diferentes estudios de seguimiento a más de diez años ofrecieron resultados que mostraban una evolución general favorable con dificultades moderadas, pero dentro del rango de la normalidad, ya que la mayoría tenían un trabajo así como una vida social aceptable (Zanarini, Frankenburg, Hennen, Reich y Silk, 2006). En un estudio de seguimiento a 14 años, Plakun, Burkhardt y Muller (1985) señalaron que la mayor parte de los pacientes funcionaba aún mejor que la valoración a los 15 años; sólo un 8% cumplía criterios para TLP, y un 22%, cumplía criterios para trastorno distímico.

La mayoría de los autores sugirieron que estos resultados mostraban dos tipos distintos de síntomas: por una parte, las manifestaciones agudas, que incluían las autolesiones, gestos autolíticos, clínica psicótica y autorreferencialidad, estarían relacionados con las crisis o con la necesidad de hospitalización y parecían evolucionar favorablemente con los años; por otra, los aspectos más temperamentales como los sentimientos crónicos de vacío, la dificultad para tolerar la soledad y los temores al abandono, que serían más estables en el tiempo y de peor evolución. Esta diferenciación queda representada en la Figura 2.2.

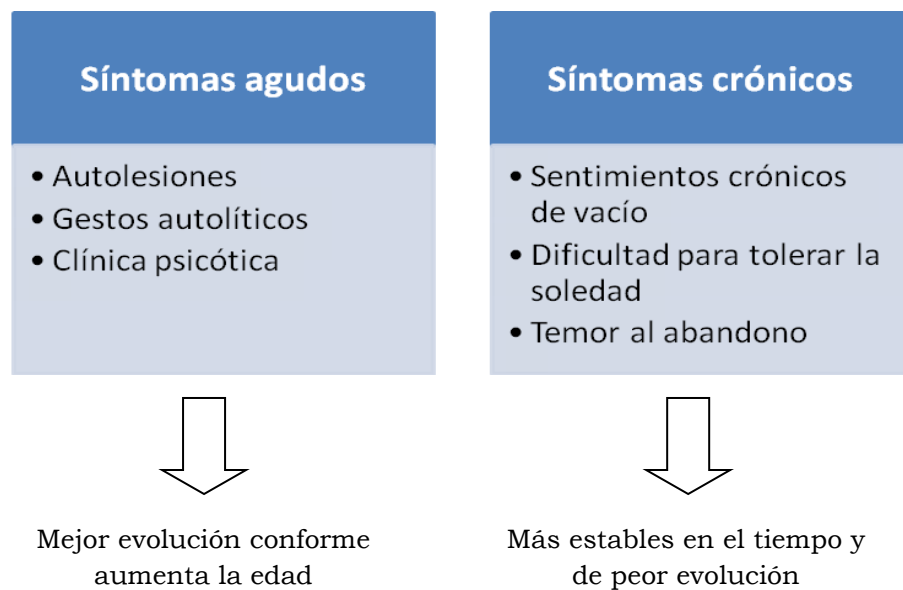


Figura 2.2

Evolución síntomas agudos vs. crónicos

El TLP es relativamente estable, los pacientes cambian poco a lo largo del tiempo. Los estudios longitudinales no mostraron una progresión hacia la esquizofrenia, pero los pacientes presentaban una elevada incidencia de episodios depresivos mayores. Por lo general, el diagnóstico se establecía antes de los 40 años de edad, cuando los pacientes debían decidir sobre su trabajo, su matrimonio y otros asuntos, y eran incapaces de afrontar los cambios normales del ciclo vital. Vriend-Bosma y van Megen (2011) analizaron la estabilidad diagnóstica del TLP. Encontraron, que después de 10 años, el 88% de los adultos diagnosticados originalmente de TLP, no cumplió con los criterios del DSM-IV. Los diversos síntomas afectivos parecían ser los más estables y los impulsivos los menos estables. Con el tiempo, todos los síntomas fueron significativamente menos graves. En relación con el funcionamiento psicosocial, las mejoras se produjeron más lentamente. Las alteraciones en las relaciones fueron más estables y no quedaba claro si las deficiencias funcionales generales persistían o no. Deschamps y Vreugdenhil (2008) publicaron una revisión sobre la estabilidad del TLP desde la infancia hasta la edad adulta. Encontraron que de los niños con antecedentes de rasgos de trastorno de la personalidad en edad escolar, el 80% cumplía los criterios para un trastorno de la personalidad en la edad adulta y el 16%

cumplía los criterios para el TLP. En el grupo de adolescentes en riesgo, entre un 15-30% cumplían los criterios del TLP pasados dos o tres años. Los síntomas más estables eran el sentimiento de vacío, la ira, la inestabilidad y la afectación de la identidad personal. Los síntomas menos estables eran las tendencias suicidas, autolesiones, impulsividad, relaciones inestables, desrealización y pensamiento paranoide. Se llevó a cabo una revisión sobre la validez del diagnóstico del TLP antes de la edad adulta. Se encontró, en consonancia con la literatura para adultos, una estabilidad diagnóstica del TLP antes de los 19 años de edad de baja a moderada (Winsper et al., 2015).

2.6. EPIDEMIOLOGÍA

Debido a la diversidad de instrumentos de evaluación, la existencia de una elevada comorbilidad y problemas de tipo metodológico, el estudio epidemiológico del TLP es complejo. Por ello, existen dificultades para comparar los resultados obtenidos en diferentes épocas y países y con metodologías diferentes. Se considera que es un trastorno que puede aparecer en cualquier parte del mundo, aunque prácticamente no hay estudios epidemiológicos fuera de los países occidentales (NICE, 2009).

Muchos autores señalaron una prevalencia de entre el 1% y el 2% (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005; Iglesias y Hernández, 2000).

Los estudios en poblaciones clínicas han concluido que se trata del trastorno de la personalidad más frecuente, ya que entre el 30 y el 60 % de los pacientes con trastorno de la personalidad tienen este tipo. En términos generales, se estimó que su prevalencia oscila entre el 1 y el 2% de la población general, entre el 11 y el 20% en pacientes ambulatorios y entre el 18 y el 32 % en pacientes hospitalizados en unidades psiquiátricas (APA, 1980). Se observó que es un trastorno más frecuente en personas en centros de atención a drogodependientes y de trastornos de la conducta alimentaria (Zanarini et al., 1998). Respecto a la distribución por sexos, era más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación estimada de 3:1 (Widiger y Weisman, 1991). Cuando se establece el diagnóstico, la mayoría de los pacientes tenían una edad comprendida entre los 19 y los 34 años y pertenecían a grupos de nivel socioeconómico medio (Swartz, Blazer, George y Winfield, 1990).

El TLP se diagnostica con mayor frecuencia en las mujeres. Se estima en un 1.6% la prevalencia del trastorno de la personalidad límite, pero podría ser tan elevada como un 5.9%. La prevalencia en atención primaria es de alrededor del 6%, del 10% entre los individuos que acuden a los centros de salud mental, y del 20% entre los pacientes psiquiátricos hospitalizados. La prevalencia suele disminuir en los grupos de mayor edad (APA, 2013).

El TLP es común tanto en pacientes hospitalizados como en ambulatorios y, probablemente, en la población general. Se ha estimado que el 11% de todos los pacientes psiquiátricos ambulatorios y el 19% de todos los pacientes ingresados tenían este diagnóstico (Widiger y Frances, 1989). En la comunidad, donde la investigación es menos sistemática, las estimaciones varían de manera amplia de 1.1% al 4.6% en función del instrumento utilizado (Zimmerman y Coryell, 1990). Fue significativamente más frecuente entre las mujeres y entre las personas viudas o solteras. Los porcentajes más altos se hallaron entre los 19 y los 34 años de edad.

No hay estudios definitivos sobre su prevalencia, pero se cree que el trastorno de la personalidad límite afectaría al 1-2% de la población, y sería dos veces más frecuente en mujeres que en hombres. En los familiares de primer grado de estos pacientes se ha observado una mayor incidencia de trastorno de depresión mayor y trastornos por abuso de alcohol y de otras sustancias.

En un meta-análisis publicado recientemente, se encontró una prevalencia en muestras universitarias que variaba del .5 al 32.1 %, con una prevalencia de vida del 9.7%. La prevalencia de TLP varió con el tiempo: 7.8% (IC del 95%: 4.2 a 13.9) entre 1994 y 2000; 6.5% (IC del 95%: 4.0-10.5) durante 2001 y 2007; y el 11.6% (IC del 95%: 8.8 a 15.1) de 2008 a 2014, sin embargo, no era una fuente de heterogeneidad ($p = .09$) (Meaney, Hasking y Reupert, 2016).

Se estimó que entre un 10% y un 13% de la sociedad padecía o padecería este tipo de trastorno en algún momento de su vida, y que el 70% de las personas que lo padeciesen realizarían al menos un intento de suicidio (Escribano, 2006).

Oumaya et al. (2008) afirmó que el TLP era un problema grave de salud pública. Se asociaba con altos niveles de utilización de los servicios de salud mental, un importante grado de deterioro psicosocial y una alta tasa de suicidio (10%). Es un trastorno psiquiátrico común y uno de los trastornos de

personalidad más frecuentes. Aproximadamente, entre el 15 y el 50% de los pacientes psiquiátricos ingresados y el 11% de los pacientes psiquiátricos ambulatorios cumplían con los criterios para el TLP. Pero, tal y como explicó Brüne (2016), no sólo es común en poblaciones psiquiátricas, sino que también es más frecuente en la comunidad en general de lo que se pensaba, y por lo tanto representa un importante problema de salud pública.

Según los estudios, parece afectar al 2.7% de los adultos y alrededor del 78% de los adultos con TLP también desarrollan un trastorno por uso de sustancias o adicción relacionada con las drogas en algún momento de sus vidas. Estas personas con trastorno por uso de sustancias son más impulsivas y clínicamente menos estables que los pacientes con TLP sin la dependencia de sustancias. Muestran comportamientos suicidas en mayor medida, abandonan el tratamiento con mayor frecuencia, y tienen fases de abstinencia más cortas (Kienast, Stoffers, BERPohl y Lieb, 2014).

En Francia, el TLP representa el 2% de la población general, el 10% de las atenciones en consultas externas de psiquiatría, el 20% de los pacientes hospitalizados y casi el 41% de los pacientes atendidos en puertas de urgencia por intentos de suicidio. Además, el 10% llevan a cabo acciones de suicidio sin providencia de rescate y entre el 64-66% tienen dependencia de sustancias comórbido. Junto a ello, los pacientes informan de quejas subjetivas de sueño (Huynh, Guilé y Godbout, 2012).

2.7. COMORBILIDAD

La probabilidad de que pacientes con TLP presenten otros trastornos comórbidos es elevada, debido a la amplia variedad de síntomas clínicos que son propios de esta entidad diagnóstica. Varias características psicopatológicas se encontraron asociadas al TLP en la juventud, tales como trastornos del estado de ánimo, ansiedad, consumo de sustancias, autolesiones, ideación suicida e intentos de suicidio (Winsper et al., 2016).

Según Barral et al. (2016), en población española, la comorbilidad más frecuente en pacientes con TLP es con trastornos de ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, trastornos por consumo de sustancias y trastornos de personalidad dependiente, paranoide y antisocial.

2.7.1. Comorbilidad con Trastornos afectivos

El TLP es frecuentemente comórbido con los trastornos afectivos (depresión mayor, distimia y depresión doble), los trastornos de ansiedad, trastorno por somatización, TEPT y abuso de alcohol. La comorbilidad con los trastornos afectivos es particularmente importante. Ha habido debates sobre qué trastorno comienza antes y cuál es el primario. Respecto a los trastornos afectivos, las tasas de trastornos depresivos en pacientes con TLP oscilarían entre el 40 y el 87%, siendo el trastorno depresivo mayor el diagnóstico de eje I más común (Zanarini et al., 1998). Los estudios clínicos sugieren que entre el 20-60% de los pacientes con TLP tienen un trastorno depresivo concomitante. Inversamente, la prevalencia de trastornos de la personalidad en depresiones varía con la categoría depresiva, con considerablemente mayor incidencia de alteración de la personalidad en la depresión no endógena (Kroll y Ogata, 1987). El TLP y el Trastorno Depresivo Mayor son trastornos distintos pero que comparten sintomatología afectiva. Sin embargo, su carácter es totalmente diferente, ya que como señalan Goodman, New, Triebwasser, Collins y Siever (2010), las diferencias fenotípicas del componente familiar sugieren que el TLP difiere de manera importante con respecto a la sintomatología, el pronóstico y la heredabilidad. No obstante, la superposición de procesos biológicos incluyendo la hiperreactividad de la amígdala, cambios en el volumen de la corteza cingulada anterior y la función serotoninérgica deficiente, parecen subyacer a la disregulación emocional en ambos trastornos. Sin embargo, los trastornos parecen diferir en sus patrones de participación de regiones cerebrales, índices neurohormonales y arquitectura del sueño. Los resultados indican que la depresión en el TLP se caracteriza por el aumento de la ira-hostilidad y la autocrítica (Köhling, Ehrental, Levy, Schauenburg y Dinger, 2015). En un estudio reciente se ha observado que la depresión en los pacientes con TLP aumentaba la probabilidad de presentar autolesiones (Ammerman, Olin, Coccaro y McCloskey, 2017).

2.7.2. Comorbilidad con Trastorno Bipolar

Otra comorbilidad ampliamente estudiada ha sido en relación al Trastorno Bipolar (TB), existiendo actualmente un amplio debate acerca de si son dos patologías que formarían parte del mismo espectro diagnóstico o no.

El trastorno límite de la personalidad

En relación a la comorbilidad entre estos dos trastornos, McDermid y McDermid (2016) denominan al síndrome, como “fragilidad emocional”. Se realizó una revisión sistemática y meta-análisis acerca de la prevalencia entre el TLP y el TB. Se encontró que es una comorbilidad relativamente común, con aproximadamente una de cada cinco personas que experimentan estos diagnósticos comórbidos (Fornaro et al., 2016). Paris y Black (2015) afirman que el TLP y el TB (tipos I y II) a menudo se confunden debido a su solapamiento sintomático. Aunque la inestabilidad afectiva es la característica destacada de cada uno, el patrón es totalmente diferente. El TLP se caracteriza por cambios de humor transitorios que se producen en respuesta a factores de estrés interpersonales, mientras que el TB se asocia con cambios de humor mantenidos. Estos trastornos se pueden distinguir aún más mediante la comparación de su fenomenología, etiología, los antecedentes familiares, estudios biológicos, los resultados y la respuesta a la medicación. Por su parte, Antoniadis, Samakouri y Livaditis (2012) refieren que las principales características clínicas comunes en el TB y el TLP son la inestabilidad afectiva y la impulsividad, presentadas con diferencias cualitativas en cada uno de estos trastornos. En el campo de la neuroanatomía, el TB y el TLP muestran similitudes tales como alteraciones en el sistema límbico, así como diferencias específicas como un aumento del tamaño de la amígdala en el TB y una disminución en el TLP. Ambos trastornos parecen tener un porcentaje significativo de heredabilidad, pero los factores ambientales podrían tener un papel importante en el TLP en particular. Tanto TB como TLP se ven afectados por alteraciones en el sistema dopaminérgico y serotoninérgico. La funcionalidad y el pronóstico son ligeramente peores para el TLP. En relación con el tratamiento farmacológico, los antidepresivos se consideran eficaces en el TLP, mientras que los estabilizadores del ánimo son el principal tratamiento de elección en el TB. Hace tiempo que se considera que el TP y el TLP tienen similitudes significativas y comorbilidad asociada. En su revisión, Bassett (2012) encontró que ambos difieren con respecto al sentido de sí mismo, la alteración de las relaciones, los antecedentes familiares de los trastornos bipolares, los beneficios de los medicamentos, la extensión de los déficits cognitivos, la forma de disregulación afectiva y cíclica, la incidencia de suicidio e intentos de suicidio, la forma de los episodios psicóticos, la incidencia de abuso sexual temprano (pero no un trauma temprano en general), la pérdida de sustancia cerebral, alteraciones en la actividad cortical, sensibilidad del

receptor de glucocorticoides y la disfunción mitocondrial. Son similares en ambos la disregulación afectiva, la incidencia de síntomas depresivos atípicos, la incidencia de autoagresiones, posibles vínculos genéticos, reducción general de la modulación límbica, reducción del tamaño del hipocampo y la amígdala y la incidencia de la interrupción del sueño. Por tanto, esta revisión concluye que el TB y el TLP son trastornos separados, pero con elementos significativos en común. Herbst (2010) informó de una relación controvertida entre el TB y el TLP, ya que en ambas condiciones existen dimensiones sintomáticas superpuestas similares. Para el diagnóstico diferencial habría que tener en cuenta el estado de ánimo, la variabilidad del mismo y la historia personal y familiar. Las características de los síntomas psicóticos también parecen ser útiles en la diferenciación. Lo que no parece contribuir al diagnóstico diferencial parecen ser los síntomas de ansiedad, perfiles neuropsicológicos, procedimientos de neuroimagen y biomarcadores. La presentación de autolesiones no suicidas puede ofrecer algunas diferencias, pero ambos pueden coexistir en las formas clínicas comórbidas y por tanto no contribuyen significativamente al diagnóstico diferencial. El diagnóstico diferencial entre el TB tipo II y el TLP puede ser problemático cuando los síntomas no presentan la suficiente intensidad o duración o cuando hay una superposición relativa de los criterios entre ambos trastornos. Se estima que las condiciones de confusión se encuentran en el 20 % de los casos en los que se llega a convertir en un problema importante. Al respecto, Renaud, Corbalán y Beaulieu (2012) realizaron una investigación comparando datos sobre las dimensiones afectivas en relación a estos dos trastornos. Encuentran que la inestabilidad afectiva es un factor de confusión en relación a los siguientes aspectos: calidad e intensidad de los afectos, fluctuaciones de rapidez de cambio afectivo, respuesta afectiva con el estrés social, entre otros. Concluyen que el análisis de la experiencia afectiva tanto a nivel cualitativo como cuantitativo, será lo que ayude a la diferenciación de ambos. En esta misma línea, Bayes, Parker y Fletcher (2014) revisaron los factores importantes para diferenciar el TB tipo II y el TLP. Encontraron que los parámetros clave de diferenciación de ambos trastornos eran los antecedentes familiares, el patrón de inicio, el curso clínico, el perfil fenomenológico de la depresión y del estado de ánimo elevado, y los síntomas de la disregulación emocional. Eran parámetros menos específicos la historia de trauma en la infancia, la autoagresión deliberada,

las tasas de comorbilidad, las características neurocognitivas, la respuesta al tratamiento y los parámetros de impulsividad.

2.7.3. Comorbilidad con Trastorno de estrés postraumático (TEPT)

Otro trastorno comórbido frecuente en los pacientes con TLP es el Trastorno de estrés postraumático (TEPT). La disociación se produce en hasta dos tercios de los pacientes con TLP. La neurobiología de la disociación traumática ha demostrado una heterogeneidad entre los síntomas de estrés postraumático que, con el tiempo, pueden dar lugar a diferentes tipos de estados emocionales disregulados. El trauma psicológico puede tener consecuencias devastadoras sobre las capacidades reguladoras de las emociones y dar lugar a procesos disociativos que incluyan la despersonalización, desrealización, distorsión del tiempo, flashbacks disociativos y alteraciones en la percepción de uno mismo (Vermetten y Spiegel, 2014). Aunque otros autores afirman que los estudios epidemiológicos muestran que el riesgo de trastorno de estrés postraumático entre los sujetos con TLP no es habitualmente mayor que en los sujetos con otros trastornos de la personalidad (Frías y Palma, 2015).

2.7.4. Comorbilidad con Trastorno por Abuso de sustancias

También se ha descrito que los varones diagnosticados de TLP tienen mayores tasas de comorbilidad con trastornos por consumo de sustancias, principalmente alcohol, y las mujeres, con trastornos de la conducta alimentaria, especialmente la bulimia (Zanarini et al., 1998). Se observó una comorbilidad clara entre el TLP y los trastornos por uso de sustancias en estudios revisados desde 1987 hasta 1997 (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin y Burr, 2000).

Se sugirió una agregación familiar del TLP con trastornos del control de los impulsos (White, Gunderson, Zanarini y Hudson, 2003).

2.7.5. Comorbilidad con otros Trastornos de la Personalidad

Se ha demostrado asociación entre el TLP y la mayor parte de los otros trastornos de la personalidad, especialmente los del grupo impulsivo. Pero hay

autores que afirmaban que la alta prevalencia de trastorno de la personalidad comórbido podía ser debida a criterios insuficientes, o bien a la organización límite de la personalidad subyacente en todos los trastornos graves de la personalidad. Los siguientes rasgos (un síndrome nuclear del TLP) ayudan a discriminarlo de otros trastornos de la personalidad: sentimientos crónicos de vacío, automutilación, episodios psicóticos de corta duración, actos impulsivos, intentos suicidas manipulativos e implicación extremadamente demandante en relaciones interpersonales. La comorbilidad del diagnóstico de TLP con otros trastornos de la personalidad, se asoció significativamente con clases sociales más bajas, pero rendimiento escolar y, en menor medida, psicopatología más severa (Taub, 1996). Los teóricos de la personalidad y los clínicos que tratan a pacientes con TLP, coinciden en que la dependencia interpersonal juega un papel relevante en el TLP, además, esta característica ha sido incluida en varias ediciones del DSM. Bornstein, Becker-Matero, Winarick y Reichman (2010) revisaron esta asociación y encuentran asociación entre TLP y trastorno dependiente de la personalidad, confirman que los altos niveles de dependencia rasgo están asociados con rasgos y síntomas del TLP, y mostraron que los altos niveles de necesidades de dependencia están presentes en pacientes diagnosticados de TLP que permanecen ingresados, pero no en pacientes con TLP que reciben tratamiento ambulatorio. En un estudio reciente Palomares et al. (2016) estudiaron la comorbilidad de 65 pacientes con TLP grave españoles. Encontraron que la mayoría de los pacientes (87%) presentaron comorbilidad con otros trastornos de la personalidad. Casi la mitad de la muestra (42%) cumplían criterios para más de dos trastornos de la personalidad, siendo más frecuentes los incluidos en el cluster A (paranoide) y C (obsesivo-compulsivo y evitativo) que el cluster B (histriónico y antisocial). La presencia de trastorno de personalidad evitativo predecía una peor funcionalidad a largo plazo.

2.7.6. Comorbilidad con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH)

Existe comorbilidad asociada entre pacientes con TLP y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) adulto (Matthies y Philipsen, 2016). Los estudios sugirieron relaciones significativas entre el TDAH y el TLP. Desde un punto de vista fenomenológico parecían existir algunas similitudes

entre estos dos trastornos, tales como déficits en la regulación del afecto y control de los impulsos, abuso de sustancias, baja autoestima y problemas en las relaciones interpersonales. Desde un punto de vista neuropsicológico, el TLP podría considerarse como una forma especial de dificultades en la inhibición del comportamiento y en atención sostenida, comparable con el TDAH (Davids y Gastpar, 2005). Se revisó la asociación entre TLP y una historia de TDAH en la infancia y se observó una asociación estadística entre el TDAH y el TLP. Los datos apoyaban con más fuerza la hipótesis de que el TDAH es, o bien una etapa temprana del desarrollo del TLP o que los dos trastornos comparten una etiología común genética y ambiental. Además, uno de los trastornos parece tener un efecto sinérgico y reforzar o complicar al otro (Storebø y Simonsen, 2014).

2.7.7. Comorbilidad con Trastornos del sueño

El TLP también se asocia con diferentes trastornos del sueño, tales como trastornos de la continuidad del sueño, trastornos de la regulación o alteración del sueño REM y pesadillas. Estas alteraciones son el resultado de la interacción de los rasgos de la personalidad, enfermedades concomitantes y comórbidas y los factores ambientales (Hafizi, 2013). Como decíamos, los trastornos del sueño, incluyendo el sueño fragmentado, las alteraciones en el sueño de onda lenta y en el sueño REM son síntomas frecuentes en el TLP. Los trastornos específicos del sueño en el TLP parecen estar relacionados con diferentes dimensiones del funcionamiento psicopatológico y pueden tener consecuencias perjudiciales sobre el afecto al despertar y la cognición (Simor y Horváth, 2013). Huynh, Guilé y Godbout (2012) revisaron la investigación al respecto en busca de alteraciones objetivas del sueño en estos pacientes. Encontraron que en comparación con sujetos sanos, en los pacientes con TLP, había un retraso en el inicio de la fase REM y un aumento de la densidad REM. Si además había un trastorno depresivo mayor comórbido, se hallaba un aumento de la latencia del comienzo del sueño REM, una disminución del tiempo total del sueño y de la eficiencia del mismo. Por tanto, concluyeron que hay alteraciones objetivas asociadas con el TLP según estudios polisomnográficos.

En esta línea, Winsper et al. (2017), en un reciente meta-análisis para delinear el perfil de sueño en el TLP, encontraron diferencias estadísticamente

significativas entre este grupo clínico y los grupos control en lo referente a continuidad objetiva del sueño (latencia del sueño, tiempo total de sueño, eficiencia del sueño y arquitectura del sueño) y problemas de sueño autoinformados (pesadillas y mala calidad del sueño). Estos resultados eran independientes de la depresión y de medicación psicofarmacológica. Además, estos autores señalaban que el TLP se asociaba con alteraciones de sueño comparables a las observadas en la depresión, pero que éstas no podían ser atribuibles únicamente a la depresión comórbida.

2.7.8. Comorbilidad con Trastornos Psicóticos

Jonas y Pope (1984) indicaron que más que comorbilidad entre TLP y esquizofrenia, los síntomas psicóticos que aparecían en los pacientes con TLP podrían deberse al abuso de sustancias o a un trastorno afectivo mayor, patologías muy comórbidas en este grupo de pacientes.

2.7.9. Comorbilidad no psiquiátrica

En relación a la comorbilidad no psiquiátrica, hay estudios que señalan que parecen ser más frecuentes las fuertes cefaleas y las migrañas en pacientes con TLP que en la población general. Además, estos pacientes solían plantear problemas con los tratamientos (Saper y Lake, 2002).

2.8. CONSECUENCIAS DISFUNCIONALES

Los pacientes con TLP con frecuencia experimentan una marcada disfunción en varios aspectos importantes de la vida, especialmente la educación, el trabajo, las relaciones con la pareja y el matrimonio. El alcohol y los problemas psicosexuales también son frecuentes. Las investigaciones ponen en evidencia que la calidad de vida se ve seriamente deteriorada en estos pacientes (IsHak et al., 2013).

Los intentos repetidos de suicidio y la muerte prematura por suicidio son frecuentes en el TLP; así pues, los gestos e intenciones suicidas deben ser siempre tenidos en cuenta. Se ha informado que entre un 8 - 10% de pacientes con TLP mueren por suicidio (Gunderson y Phillips, 1995).

No se ha estudiado la evolución a largo plazo de los pacientes límite, pero rara vez se efectúa el diagnóstico en pacientes de más de 40 años. Se ha especulado que las estructuras neurales y los mecanismos de defensa maduran con la edad y que estos cambios, además del aprendizaje social, reducen la sintomatología.

En contraste con la mayoría de los trastornos psiquiátricos, algunos de los síntomas asociados con el TLP pueden mejorar con el tiempo, incluso sin tratamiento, aunque el deterioro en el funcionamiento social e interpersonal que perturban las relaciones cercanas, a menudo persisten (Brüne, 2016).

Aquellos individuos con síntomas de TLP en la niñez o adolescencia presentaban repercusiones a nivel social, educativo, laboral y posteriormente económico. Lo que apuntan los estudios es a que el TLP antes de los 19 años de edad es predictivo de déficit a largo plazo en el funcionamiento de la persona, y que una proporción considerable de estos sujetos continúan manifestando los síntomas hasta 20 años después (Winsper et al., 2015).

Uno de los temas clínicos críticos en el TLP es la sexualidad. La evidencia empírica pone de relieve que el trauma sexual infantil puede ser considerado un factor de riesgo no específico para el TLP. Por otro lado, las personas con TLP también presentan una prevalencia mayor que las personas sin TLP en relación a trastornos de identidad sexual y relaciones homosexuales. Por otra parte, también exhiben mayor impulsividad sexual. Además, aparecen también con más frecuencia comportamientos sexuales de riesgo, lo que aumenta las tasas de enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados y prostitución, especialmente entre los TLP que son consumidores de drogas (Frías, Palma, Farriols y González, 2016).

Otro aspecto a analizar en relación al TLP son las repercusiones que puede tener esta condición en las propias pacientes cuando son madres, así como en sus hijos. En este sentido, en un estudio donde se analizaron las dificultades de crianza que presentaban madres con TLP, así como el impacto sobre sus hijos, se encontró que presentaban factores de riesgo importantes como depresión, abuso de sustancias o bajo apoyo social. En cuanto a las interacciones de las madres con sus hijos, se halló que presentaban dificultades para identificar correctamente el estado emocional de sus hijos. Los niveles de estrés materno eran altos y el nivel de competencia y satisfacción que autoinformaban, eran bajos. En comparación con madres sanas, las madres con TLP tenían interacciones más pobres con sus bebés

(por ejemplo, menor afecto positivo). Entre estos niños, había mayor riesgo de presentar conductas de evitación del daño así como actitudes disfuncionales y peores relaciones con sus madres. En general, estos hijos de madres con TLP tenían peor salud mental que los hijos de madres sanas (Petfield, Startup, Droscher y Cartwright-Hatton, 2015). Otros investigadores llevaron a cabo un estudio comparativo sobre el período perinatal entre mujeres diagnosticadas de TLP y mujeres no afectadas por este trastorno, del mismo hospital maternal durante el mismo período de tiempo. Se encontró que las mujeres que precisaron de los servicios de obstetricia con un diagnóstico de TLP, tenían un considerable deterioro psicosocial. Además, anticipaban un parto prematuro traumático y solicitaban atención médica con más frecuencia. Presentaban una alta comorbilidad con abuso de sustancias. Por otro lado, eran más propensas a requerir una especial atención por parte de enfermería, a partos prematuros y a puntuaciones más bajas en el test de Apgar (Blankley, Galbally, Snellen, Power y Lewis, 2015). Otros autores llegaron a la conclusión de que las oscilaciones entre las formas extremas de actitud distante y la pasividad hostil en sus interacciones con sus hijos podían ser únicos para las madres con TLP, lo que hacía que estos niños debieran ser considerados como un grupo de alto riesgo debido a la amplia variedad de consecuencias psicosociales que podrían aparecer en ellos (Stepp, Whalen, Pilkonis, Hipwell y Levine, 2012).

Bailey y Grenyer (2013) llevaron a cabo una revisión sobre el estado emocional y físico de los cuidadores de pacientes con TLP. Los resultados indicaron que los cuidadores experimentan una elevada carga subjetiva, mayores experiencias de dolor físico, deterioro de la relación y problemas de salud mental, como depresión y ansiedad.

2.9. RESUMEN

En este capítulo se ha presentado la evolución histórica de la conceptualización del trastorno límite de la personalidad hasta el momento actual. Se ha presentado la delimitación según los criterios diagnósticos más utilizados en la actualidad como son el publicado DSM-5 y CIE 10 pasando a la caracterización clínica. Se ha explicado detalladamente su etiología, el curso y pronóstico para a continuación hacer referencia a la epidemiología y los aspectos diagnósticos relacionados con la cultura y el género. Finalmente se

El trastorno límite de la personalidad

ha revisado la comorbilidad del Trastorno límite de la personalidad y las numerosas consecuencias funcionales del mismo en la vida diaria de las personas que lo padecen y en su entorno.

Capítulo 3

LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

El concepto de Inteligencia Emocional (IE, en adelante) implica fundamentalmente aprender a administrar las emociones a favor de la persona (Garaigordobil y Oñederra, 2010), siendo ésta complementaria a la inteligencia académica (Bernarás, Garaigordobil y de las Cuevas, 2011).

Una nueva conceptualización de las emociones, que comenzó a finales de 1990, ha influido fundamentalmente a la psicología, la educación y la sociología. Bisquerra (2002) afirmó que esta difusión de las emociones venía marcada por diferentes razones, destacando el incremento de publicaciones científicas, el gran desarrollo de las neurociencias y la difusión de obras como la de Goleman (1995).

Son múltiples las asociaciones entre IE y habilidades/actitudes/aptitudes positivas estudiadas. Se ha podido

comprobar que aquellas personas que son capaces de expresar y entender las emociones, comprender el significado de las experiencias emocionales y regular sus sentimientos, presentan mayor ajuste psicológico y social (Mayer, Roberts y Brasade, 2008). La IE se asocia a características personales positivas como comportamiento prosocial, empatía, mejores relaciones familiares y de amistad, buena calidad de interacciones sociales, salud general y satisfacción en el trabajo (Lopes et al., 2004). Así, la inteligencia emocional está asociada de forma positiva con el bienestar subjetivo (Geng, 2016).

En un reciente estudio en población española, se ha observado que el sexo y la edad influyen en la Inteligencia Emocional evaluada a través del Test MSCEIT. De modo que la capacidad de IE total fue mayor en las mujeres que en los varones. En relación a la edad, la inteligencia emocional seguía una curva en forma de U invertida, donde los adultos jóvenes y mayores obtenían calificaciones más bajas en IE que los adultos de mediana edad, excepto en Comprensión emocional (Cabello et al., 2016).

En lo referente a las relaciones de pareja la inteligencia emocional y el estilo de apego son los dos factores clave en la satisfacción conyugal que disminuyen el desacuerdo entre el matrimonio y aumentan las interacciones positivas de las parejas (Kamel Abbasi et al., 2016).

En relación al trabajo, se informa que la inteligencia emocional reduce el estrés laboral y el burnout (Hong y Lee, 2016) y conduce a un mejor desempeño cotidiano de la profesión debido a que ayuda a las personas a percibir sus propias emociones y las de los demás, así como a mejorar la comunicación interpersonal (Omid, Haghani y Adibi, 2016).

Por otro lado, la IE contribuye a una mejor salud mental, correlacionando con menores niveles de depresión, ansiedad y estrés (Slaski y Cartwright, 2002; Tsaousis y Nikolaou, 2005).

Existe una relación entre las capacidades cognitivas y la IE en las personas. Así por ejemplo, se ha observado que la fluidez verbal predice significativamente la IE (Pardeller, Frajo-Apor, Kemmler y Hofer, 2016).

La alexitimia es un concepto importante dentro de nuestra disciplina. Ha sido considerada como el polo opuesto a inteligencia emocional y se ha relacionado con escasa empatía y falta de percepción de los estados emocionales de los otros (Parker, 2000). Una persona con alexitimia tiene dificultades para describir sus emociones a los demás, su imaginación es escasa y presenta un locus de control externo. Según Parker (2000), estas

personas eran más propensas a desarrollar trastornos alimentarios, psicosomáticos, alimentarios, toxicomanías y otras conductas compulsivas.

A lo largo de este capítulo se explicará el nacimiento del concepto de inteligencia emocional, para lo cual se comenzará reseñando sus antecedentes históricos. Posteriormente, se hará un recorrido por la evolución del concepto hasta las conceptualizaciones más aceptadas actualmente. Para delimitar claramente el constructo IE, se dedicará un apartado a las emociones y otro a la inteligencia, ya que se hace necesario clarificar estos términos que aúnan este constructo. Más tarde se explicarán los principales modelos de IE, la evaluación y su relación con los trastornos psicopatológicos más prevalentes en salud mental.

3.1. HISTORIA DEL CONSTRUCTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

Para entender el estado actual del concepto IE es importante hacer referencia previamente al modo en que han sido relacionadas a través de la historia la emoción y la cognición.

La primera teoría de las emociones fue desarrollada por Platón, quien planteó dividir la mente o el alma en razón, apetito y espíritu, que serían las equivalentes en la actualidad a emoción, cognición y motivación.

Para Aristóteles las dos dimensiones del alma, la racional y la irracional, formaban una unidad. Este autor es considerado precursor de las teorías cognitivas de la emoción al considerar que ésta consta también de rasgos cognitivos como las expectativas y las creencias.

Para estos dos filósofos de la antigua Grecia, las emociones no tenían significado ni función alguna y eran opuestas al hombre evolucionado racional. Por un lado, estaban los animales que tenían instintos y emociones y por otro lado, el ser humano que era un ser perfecto racional que no debía dejarse influenciar por las emociones que lo perturbaban. De este modo, postularon la existencia de cuatro tipos de emociones que fueron las siguientes: el anhelo de los bienes futuros, la alegría de los bienes presentes, el temor a males futuros y la aflicción por los males presentes. Por tanto, en este contexto, las emociones eran consideradas enfermedades crónicas que amenazan a la razón (Casado y Colomo, 2006).

Más adelante, Descartes dividió el alma y el cuerpo en dos sustancias distintas, lo que se conoce como *dualismo cartesiano*. Asimismo, estableció la

existencia de seis emociones básicas a partir de las cuales se construyeron el resto: asombro, amor, alegría, tristeza, odio y deseo. Esta diferenciación de las emociones básicas perdura, aunque con modificaciones, hasta la actualidad y el pensamiento de Descartes ha tenido una influencia enorme en la concepción de las emociones en el mundo occidental.

Un siglo después, Kant empezaba a contemplar que algunas emociones ayudaban a la existencia, por lo que parecía que el mundo emocional empezaba a cobrar tintes más positivos.

Sin duda, los grandes pensadores han influido hasta nuestros días, contribuyendo a la visión de las emociones como propias de animales más primitivos que el hombre y otorgando un sesgo negativo a todo comportamiento que esté basado en fuentes emocionales.

Otra de las grandes aportaciones en el avance del conocimiento y comprensión de las emociones se debe a la obra darwiniana. En 1872, Darwin publicaba la obra *La expresión de las emociones en el hombre y los animales*, en la cual expuso tres principios que continúan vigentes en las teorías actuales:

- a) Las emociones son hábitos útiles asociados: poseen funciones adaptativas para la supervivencia.
- b) Antítesis emocional: los modos de expresión de las diversas emociones son diferentes.
- c) Las emociones tienen acción directa con el sistema nervioso: los principios anteriores se asocian entre ellos, así como con la actividad fisiológica que subyace en las emociones.

De sus investigaciones se derivó uno de los supuestos más importantes en el estudio de la psicología de la emoción: la expresión emocional era universal, estaba determinada genéticamente y cumplía una función comunicativa ante situaciones de emergencia que incrementaba la posibilidad de supervivencia (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010).

De manos del filósofo y psicólogo americano William James vino marcado el inicio de la investigación sistemática de las emociones, cuyo trabajo inicial *What is an emotion* (1884) defendió la hipótesis de que la respuesta fisiológica precedía a la experiencia emocional, es decir, “estamos tristes porque lloramos”. De este modo, las emociones serían respuestas cognitivas provocadas por la estimulación periférica. Esta teoría junto con toda una tradición de la cual James fue predecesor, fue llamada *Teoría*

periférica de las emociones, y fue criticada por conceder poca importancia a los procesos evaluativos y por las evidencias posteriores que constataban la existencia de sustratos cerebrales específicos de las emociones (Le Doux, 2000).

Cannon (1927) y Bard (1934) presentaron una teoría opuesta a éstas últimas que se acaban de comentar, según la cual el control de las emociones se relacionaba con estructuras talámicas. Estos autores describieron circuitos neurales implicados en la expresión y experiencia emocional. Tras esta teoría se sucedieron las investigaciones en torno a la base cerebral de las emociones. En 1930, tras numerosas evidencias se consideró el lóbulo límbico como principal implicado en el control emocional. Unos años más tarde, en 1937, James Papez describió *el famoso circuito de Papez* el cual vincula las emociones con el hipotálamo, el núcleo talámico anterior y la corteza cingulada. La corteza controlaría las emociones y el hipotálamo la expresión de las mismas (Le Doux, 2000). En 1952, MacLean introdujo el término sistema límbico, en el cual añadió al propuesto por Papez, otras estructuras cerebrales que se encontraban también relacionadas con las emociones y eran el núcleo amigdalino, el septum y la corteza prefrontal. Estas teorías continúan otorgando una funcionalidad biologicista y, por tanto, adaptativa de las emociones, las cuales aseguran la supervivencia.

Un período relevante para el avance en una concepción más realista de las emociones tuvo lugar tras la Segunda Guerra Mundial, cuando comenzó el periodo que llamamos posmodernidad, cuando se cuestionó la supremacía y papel único de la razón. Se estudió la división propuesta por el dualismo; la razón y la emoción no eran opuestas, incluso se complementaban en el comportamiento psicológicamente bien adaptado. Las emociones dejaban de ser impulsos ciegos que controlaban al hombre y que había que evitar, si no que formaban parte de las relaciones interpersonales. Las decisiones que tomamos diariamente, no son cálculos fríos, las emociones orientan y guían nuestras vidas. Lo que importa entonces es la interpretación de las emociones como una fuerza positiva que nos proporciona información y nos guía para mejorar nuestras vidas y desarrollar un comportamiento adaptativo. Comenzó así una nueva necesidad de conocer y entender las emociones en lugar de reprimirlas, así como de utilizarlas para saber qué nos quieren decir en un momento dado. La razón no es que pierda importancia, sino que su papel a partir de este momento es más bien instrumental para la consecución de

finés, pero que en cualquier caso, necesita de la emoción para elegir bien esos fines y mantener la conducta necesaria para su consecución.

Aunque en la actualidad las teorías no niegan la funcionalidad y significado de las emociones, se considera que éstas, de alguna manera, dependen de la razón. Por ejemplo, para la perspectiva cognitiva ambas, emoción y cognición, son consideradas igualmente importantes, pero la emoción es fruto de las interpretaciones que hacemos de nuestro entorno. Por tanto, esta perspectiva no supone una ruptura completa con la visión tradicional de las emociones. Autores como Zajonc (1980) plantearon que antes de la interpretación se podían dar reacciones afectivas inconscientes que influían en el comportamiento fuera del alcance de la cognición.

Para justificar y explicar la unión de la emoción con la inteligencia se hace necesaria la descripción de las aportaciones realizadas en ámbitos de neurociencias, ya que suponen un aval científico que sustenta la creación del concepto IE. En esta línea, los grupos de estudio de Raine (2000) y Damasio (1994) destacaron en este campo científico por sus importantes contribuciones enfatizando la importancia de las regiones orbitofrontales en los procesos de toma de decisiones. Además relacionaron la lesión de tales áreas con el trastorno antisocial, así como con alteraciones de conducta y agresividad. La corteza prefrontal también ha sido ampliamente relacionada con las emociones. Las lesiones en estas áreas en el hemisferio izquierdo producían estados depresivos, por lo que se ha relacionado esta parte del córtex con las emociones positivas (Raine, Lencz, Bihrlé, LaCasse y Colletti, 2000). En el ámbito de las neurociencias, destaca el famoso caso de Phineas Gage, quien a raíz de un accidente, su lóbulo frontal se vio atravesado por una barra y las consecuencias fueron un cambio en su personalidad de forma brusca y permanente (Damasio, Grabowski, Frank, Galaburda y Damasio, 1994). Este caso ayudó al conocimiento de la región ventromedial del lóbulo prefrontal como principal protagonista del control emocional. Otra aportación relevante en el estudio de las bases neuronales de las emociones, es la hipótesis del marcador somático de Damasio. El autor describió en su obra *El error de Descartes* (1994) la relación entre la emoción y la razón, de este modo las experiencias pasadas de recompensa y castigo producían estados corporales que guiaban al organismo a tomar decisiones. Las situaciones quedaban asociadas con respuestas somáticas como cambios vegetativos, musculares, neuroendocrinos o neurofisiológicos, que eran señales inconscientes, que el

propio autor llama “marcadores somáticos” que en un futuro nos determinarían de alguna manera y de modo inconsciente los procesos de toma de decisiones (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010). Los sustratos neuroanatómicos que se han asociado a tales marcadores son córtex prefrontal ventromedial y orbitofrontal. Las hipótesis de estos autores se sustentaban en varios experimentos. Uno de ellos ha sido bastante difundido y se denominó la tarea de apuestas (*Gambling Task*). Ésta consiste en que el sujeto elija entre cuatro montones de cartas, y dependiendo de ello va obteniendo ganancias o pérdidas económicas. Dos de los montones llevan ganancias más discretas pero pocas pérdidas, por lo que son más ventajosos que los otros en los cuales sucede al contrario. Los individuos, sin ser conscientes de ello, van eligiendo los más ventajosos, eso sí, aquellos que presentaban lesiones en el córtex prefrontal ventromedial no podían valerse de esta información intuitiva inconsciente y fracasaban en la tarea al arriesgar demasiado. Estas regiones corticales nos permiten simular mentalmente y de modo inconsciente, las posibles consecuencias de cada una de nuestras acciones para elegir una respuesta adecuada. Al no poder hacer uso de su intuición, de sus marcadores, los participantes lesionados no tomaban las decisiones apropiadas. La trascendencia de estas aportaciones al tema que nos ocupa es innegable. Siguiendo a Mayer y Salovey (2006), estas investigaciones refutan las ideas de los estoicos cuya visión de las emociones era considerada un obstáculo para la razón. Las emociones pueden ayudar a tomar las decisiones más apropiadas incluso antes que tenga lugar un análisis racional.

Desde finales del siglo XX, parece que se está asistiendo al renacimiento de las emociones. Como ha quedado reflejado, no es nada nuevo referir que las emociones condicionan nuestro comportamiento cotidiano, pero sí lo es el papel que les asignamos en nuestra cultura. Nuestra sociedad posmoderna precisa de una dimensión psicológica que incluya el conocimiento y manejo de las emociones dado el inmenso poder que tienen en el funcionamiento del ser humano. Éstas pueden facilitarnos nuestra vida diaria, siendo una fuerza que nos impulse a sentirnos bien, mientras que en otras ocasiones pueden originar conflictos emocionales con nosotros mismos y con los demás. Pero sin duda, son el eje de nuestra vida y lo que media en nuestro comportamiento, por lo que cada vez hay más interés en trabajar sobre el aspecto emocional de los seres humanos.

3.2. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO DE INTELIGENCIA EMOCIONAL

3.2.1. Nacimiento del concepto de Inteligencia Emocional

Desde el siglo XVIII, la mente ha sido dividida por los psicólogos en tres áreas: cognición, afecto y motivación. La cognición incluye memoria, razonamiento, juicio y pensamiento abstracto. Las emociones pertenecen al área afectiva y la inteligencia emocional pretende conectar las emociones con la inteligencia, es decir, el área afectiva con la cognitiva.

Siguiendo a Mayer y Salovey (1997) para poder hablar de inteligencia en este contexto se deben cumplir los siguientes requisitos: a) Definirla, b) medirla, c) demostrar su independencia de otras inteligencias y d) demostrar que predice algún criterio real. A comienzos del siglo XX, la inteligencia se dividía en dos o tres subgrupos, dependiendo del autor: inteligencia verbal proposicional, que engloba tareas de vocabulario, fluidez verbal y habilidad para percibir similitudes y pensar lógicamente; inteligencia espacial, habilidades para unir, reconocer y construir objetos y modelos; e inteligencia social, que hacía referencia a la habilidad de la gente para relacionarse con los otros. Los tests de inteligencia de mayor difusión en el siglo XX fueron las escalas de Wechsler, que medían las dos primeras inteligencias mencionadas, verbal proposicional y razonamiento espacial. Estas escalas medían el razonamiento social, pero no existía una medida independiente y directa de la inteligencia social. El propio Wechsler (1943) afirmó la necesidad de considerar parte de la inteligencia general, factores no intelectivos como las habilidades afectivas y conativas (Mayer y Salovey, 1997).

Durante muchos siglos se pensó erróneamente que la inteligencia era algo innato que no se podía cambiar. A partir del siglo XX, comenzaron a cuestionarse la visión unitaria de la inteligencia para dar paso a un concepto más amplio y rico. Thorndike (1920) señaló la existencia de tres tipos de inteligencia: la inteligencia abstracta, mecánica y la social. La inteligencia social sería la capacidad para comprender y dirigir a las personas y actuar sabiamente en las relaciones humanas, poniendo énfasis en la necesidad de incluir aspectos que anteriormente no habían sido importantes.

Años más tarde, Gardner (1983) publicó su clásica obra donde expuso su modelo basado en la teoría de las inteligencias múltiples. En ella especificó siete inteligencias básicas, relativamente independientes unas de otras, así,

Inteligencia Musical, Quinestésica-Corporal, Lógico-Matemática, Lingüística, Intrapersonal e Interpersonal (Gardner, 1983; Krechevsky y Gardner, 1990; Walters y Gardner, 1986). De estas inteligencias, la intrapersonal e interpersonal se suponen precursoras del término inteligencia emocional. La inteligencia interpersonal sería la capacidad para comprender las emociones, motivaciones y deseos de los demás favoreciendo el trabajo eficaz con éstos. La inteligencia intrapersonal implicaría la capacidad para comprenderse a uno mismo, conocerse e identificar los sentimientos propios y así guiar nuestra conducta de modo eficiente. En ese año Bar-On comenzó a estudiar la inteligencia social y emocional, al mismo tiempo que Sternberg escribió sobre inteligencia práctica.

3.2.2. Concepto de Inteligencia Emocional

A finales de la década de 1980, Mayer y Salovey comenzaron a plantearse el uso del término emocional más que social, para hablar de un conjunto de destrezas relacionadas con el razonamiento emocional que no quedaban recogidas en las medidas clásicas de la inteligencia pero que claramente influían y determinaban la vida de las personas. El término social se sustituyó por otro más amplio, el emocional, dando así comienzo al estudio del constructo de inteligencia emocional. Si se compara la inteligencia social con la emocional, ésta última delimita algo interno y privado como son las emociones que, contrariamente a lo social, contribuye al desarrollo personal. Según los propios autores, este concepto englobaba las inteligencias interpersonal e intrapersonal propuestas por Gardner, pero otorgándole un aspecto más emocional que cognitivo.

En este contexto, Salovey y Mayer (1990) desarrollaron la que es considerada como la primera teoría sólida sobre IE, aunque previamente, autores como Leuner (1966) o Payne (1986) hacían referencia al mismo en sus escritos, pero de una forma bastante imprecisa. En 1990, Mayer, DiPaolo y Salovey, y más tarde, Mayer y Salovey, introdujeron teóricamente el concepto. La IE fue definida inicialmente como: “un tipo de inteligencia social que incluye la habilidad de supervisar y entender las emociones propias y las de los demás, discriminar entre ellas y usar la información (afectiva) para guiar el pensamiento y las acciones de uno”. (Salovey y Mayer, 1990, p. 189). Unos años más tarde, los mismos autores redefinieron el concepto otorgándole

matices más cognitivos. Así, la IE (Mayer y Salovey, 1997, p.10) sería aquella habilidad para:

- a) Percibir, valorar y expresar la emoción adecuada y adaptativamente.
- b) Comprender la emoción y el conocimiento emocional.
- c) Acceder y/o generar sentimientos que faciliten las actividades cognitivas y la acción adaptativa.
- d) Regular las emociones en uno mismo y en otros.

A partir de este momento, la divulgación del concepto IE alcanzó cotas mundiales gracias a la publicación del best seller *Inteligencia Emocional* publicado por el periodista y psicólogo Daniel Goleman (1995). Este manual sintetizó diversas investigaciones sobre la relación entre las emociones y el cerebro, el comportamiento social, así como programas educativos para el desarrollo de capacidades emocionales y sociales. El autor expuso cómo para conseguir el éxito en la vida precisamos del desarrollo de capacidades emocionales. Sin embargo, su obra ha recibido numerosas críticas por su carácter supuestamente poco científico y difuso a la hora de delimitar los aspectos que conciernen a la IE como constructo, haciendo un uso de este término, como señalan algunos autores, de *cajón de sastre* de varios conceptos y capacidades no necesariamente emocionales. A pesar de estas críticas, la contribución a la expansión y conocimiento del concepto ha sido innegable. Otra publicación a la cual también le debemos la propagación del interés por este ámbito de conocimiento fue la que la revista Time realizó en 1995 con su portada *What's your EQ?*, en ella resaltaba la importancia del nivel de inteligencia emocional como predictor del éxito en la vida y la reconceptualización del concepto de inteligencia. En ese mismo año, Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai (1995) desarrollaron el primer instrumento para medir la toma de conciencia de los estados de humor y las emociones, el Trait Metamood Scale (TMMS). La popularización del concepto ha sido un arma de doble filo, ya que por un lado, ha contribuido al aumento del interés por el estudio de la IE, pero por otro lado parece que se ha hecho un uso indiscriminado del término, refiriéndose a él con un carácter poco científico en numerosas ocasiones. En 1998 autores como Davies, Stankov y Roberts han sido detractores del concepto, tachándolo de ser un constructo alusivo, aunque también se ha de señalar que sus estudios se han considerado de escasa validez descriptiva (Mestre, Comunian y Comunian, 2007). Más tarde,

Zeidner, Matthews y Roberts (2002), realizaron una serie de críticas más concretas a este constructo, especificándolas en los siguientes puntos:

1. No existe un acuerdo en la conceptualización de la IE. No está claro si se refiere a una habilidad cognitiva o no cognitiva, si el conocimiento de las emociones es explícito o implícito, y si se refiere a una aptitud básica o depende de la adaptación a un contexto social y cultural determinado.
2. No existe unanimidad sobre qué tipo de test debe ser usado. Existen las medidas de autoinforme y las objetivas, cuyos resultados no convergen. Los test objetivos correlacionan moderadamente con las medidas de inteligencia y personalidad, mientras que los autoinformes son confundidos a menudo con variables de personalidad y no correlacionan con la inteligencia tradicional.
3. El uso de los test de IE están limitados por sus deficiencias conceptuales y psicométricas. Existen pruebas de su validez predictiva, pero no la suficiente como para hacer de ellos un uso como diagnóstico clínico, selección de personal, etc.

Lo que parece es que estos estudios que revisaban y criticaban la IE han contribuido notablemente al esfuerzo que se ha venido realizando durante años para mejorar la validez del constructo. Consecutivamente han ido apareciendo diferentes investigaciones que consolidan la validez de constructo del concepto (Mayer, Salovey, Caruso y Sitarenios, 2001, 2003), y en castellano (Extremera, 2003; Extremera, Fernández-Berrocal y Salovey, 2006).

Paralelamente han surgido otros estudios que trataban de asegurar la validez predictiva del test de evaluación de la Inteligencia Emocional desarrollado en base al modelo clásico de Mayer y Salovey sobre este constructo (MSCEIT) en los diferentes ámbitos de aplicación: educación, salud mental y organizaciones (citado en Mestre, Comunian y Comunian, 2007) y del cuál son los propios autores los artífices del mismo.

3.3. LA EMOCION

En este apartado se explicará el concepto de emoción, así como sus funciones y el valor adaptativo versus desadaptativo, en función de

determinadas variables y/o circunstancias. Esto servirá para comprender de una forma más clara y completa el origen e importancia del concepto de IE.

3.3.1. Concepto de emoción

Ekman (2003) afirma que las emociones determinan la calidad de nuestras vidas. Este autor comenzó estudiando el reconocimiento de las emociones en expresiones faciales en diferentes pueblos y culturas. Así, para él, son seis las emociones básicas (alegría, tristeza, miedo, asco, sorpresa e ira).

En Salud Mental, tradicionalmente se ha entendido como procesos psicológicos básicos: la cognición, las emociones, la motivación y la conciencia (Mayer, Salovey y Caruso, 2000a). En este sentido, el estudio de la emoción ha ido inexorablemente unido al de la motivación, entendida ésta como la responsable de dirigir al organismo a satisfacer sus necesidades.

Teniendo en cuenta la pirámide de necesidades de Maslow, en la base se situarían aquellas necesidades básicas para la supervivencia, como son las necesidades fisiológicas, posteriormente estarían las necesidades de seguridad y protección, a continuación las necesidades sociales, para acabar en la cúspide con las necesidades de estima o reconocimiento y las de autorrealización. La cognición es la que nos permite resolver problemas así como aprender mediante la interacción con el entorno. Por su lado, las emociones nos permiten responder a las señales y cambios del entorno, facilitando la supervivencia del individuo. Estos sistemas no funcionan de modo independiente, sino que interactúan entre ellos dando lugar a un mecanismo de funcionamiento mucho más complejo y preparado para dar respuesta a las demandas del ambiente. La inteligencia emocional sería el fruto de la interacción entre la emoción y la cognición. No resulta fácil encontrar una definición unánime de las emociones. Existen múltiples definiciones dependiendo del paradigma imperante en cada época.

La idea más tradicional es que se trata de “un estado de ánimo producido por las impresiones de los sentidos, ideas o recuerdos que con frecuencia se traduce en gestos, actitudes u otras formas de expresión” (Martínez-Sánchez, Páez y Ramos, 2005, p. 55).

Esta aproximación a las emociones se considera poco delimitada y con escaso valor científico. La mayoría de autores indican un triple sistema de

respuesta, ya descrito por Lang (1968): neurofisiológico-bioquímico, motor o conductual expresivo y cognitivo o experiencial subjetivo. En 1981, Kleinginna y Keinglinna analizaron más de cien definiciones del concepto para terminar definiéndolo como: “Un complejo conjunto de interacciones entre factores subjetivos y objetivos, mediadas por sistemas neuronales y hormonales que:

a) Pueden dar lugar a experiencias efectivas como sentimientos de activación, agrado, desagrado.

b) Generan procesos cognitivos tales como efectos perceptuales relevantes, valoraciones, y procesos de etiquetado.

c) Generan ajustes fisiológicos.

d) Dan lugar a una conducta que es frecuentemente, pero no siempre, expresiva, dirigida hacia una meta y adaptativa” (Kleinginna y Kleinginna, 1981, p. 355).

Fernández-Abascal y Jiménez definieron la emoción como “un proceso que implica una serie de condiciones desencadenantes (estímulos relevantes), la existencia de experiencias subjetivas o sentimientos (interpretación subjetiva), diversos niveles de procesamiento cognitivo (procesos valorativos), cambios fisiológicos (activación), patrones expresivos y de comunicación (expresión emocional), que tiene unos efectos motivadores (movilización para la acción) y una finalidad, que no es otra que la adaptación a un entorno en continuo cambio” (Fernández-Abascal y Jiménez, 2010, p. 40).

3.3.2. Las emociones y su función

Parece que como función principal de las emociones, destacaría su capacidad para detectar y preparar los sistemas de respuesta. De modo que según aumenta la intensidad emocional también lo hace la velocidad de respuesta a los estímulos ambientales, favoreciendo la supervivencia de la especie (Scherer, 1996).

Según Reeve (1994) la emoción tendría tres funciones principales, que serían:

1. *Funciones adaptativas.* Consisten en preparar al organismo para que ejecute eficazmente la conducta exigida por las condiciones ambientales, movilizandando la energía necesaria para ello, así como

dirigiendo la conducta del sujeto hacia un objeto determinado (acercándose o alejándose de él).

2. *Funciones sociales.* La expresión emocional permite a los demás predecir el comportamiento asociado con las mismas, lo cual tiene un indudable valor en los procesos de relación interpersonal. Izard (1989) destacó las siguientes funciones de tipo social de las emociones: facilitar la interacción social, controlar la conducta de los demás, permitir la comunicación de los estados afectivos, promover la conducta prosocial.
3. *Funciones motivacionales.* La emoción energiza la conducta motivada, de modo que la emoción tiene la función de facilitar la ejecución eficaz de la conducta necesaria en cada momento y en función de la exigencia de la situación.

De forma más extensa, las principales funciones de las emociones fueron precisadas en una completa revisión llevada a cabo por Martínez-Sánchez, Páez y Ramos (2005). Entre ellas destacaban las siguientes:

1. *Función intrapersonal.* Las emociones sirven de coordinador de los sistemas de respuesta subjetivo, fisiológico y conductual, lo cual nos lleva a realizar conductas como lucha o retirada que pueden salvarnos en situaciones determinadas. También son una ayuda a la hora de tomar decisiones, favoreciendo el razonamiento en muchas ocasiones, algo que no se había considerado tradicionalmente.
2. *Función interpersonal.* Mediante la expresión facial y corporal de las emociones podemos comunicar a los demás cómo nos sentimos, lo cual permite a los demás reaccionar conforme a nuestras emociones. Su beneficio depende de las circunstancias, es decir, que esto no significa que siempre sea bueno expresar nuestras emociones, sabemos que en determinadas situaciones, debemos ocultarlas y en otras ocasiones expresarlas nos puede ayudar a sentirnos mejor así como a relacionarnos adecuadamente con los demás. En este sentido, numerosos estudios señalan que la represión de las emociones tiene efectos perjudiciales para nuestra salud mental y física.
3. *Función motivadora.* Motivación y emoción están estrechamente relacionados desde el origen latino del concepto *movere*, ya que las

emociones movilizan a la acción a través de la activación fisiológica. También motivan la conducta de los otros, por ejemplo, el llanto hace que los demás traten de ayudarnos y consolarnos. En nuestra sociedad se ha reprimido habitualmente la tristeza, siendo concebida como signo de debilidad, sin embargo, se sabe de su carácter adaptativo ya que nos permite conservar recursos mediante la retirada, para más tarde volver con energías renovadas a tratar de afrontar de nuevo aquello que no logramos anteriormente. En otras ocasiones puede no ser adaptativa la acción que promueve la emoción, por ejemplo el miedo en el caso de las fobias produce conductas de evitación que pueden llegar a limitar ampliamente la vida cotidiana de una persona. También cabe diferenciar los efectos a corto y largo plazo, pues lo que puede ser beneficioso en un momento dado puede no serlo en otro.

4. *Función comunicativa.* Schward y Clore (1983) indican que la función principal de las emociones es dar a conocer a los demás información personal. Además supone una fuente de información interna que podemos usar a la hora de tomar decisiones. De este modo, las emociones comunican a los demás y también a nosotros mismos.
5. *Función informativa.* Permite que valoremos un hecho como placentero o displacentero dependiendo de cómo nos sintamos ante él, es decir, nos informa si un hecho nos gusta o nos disgusta. Nos señala, en este sentido, la relevancia de determinados estímulos.

3.3.3. El procesamiento emocional y sus fases

Las emociones son procesos que se activan cada vez que detectamos algún cambio significativo para nosotros. Por eso es un proceso altamente adaptativo ya que, da prioridad a la información relevante para la supervivencia. La emoción implica un sistema de procesamiento que pretende dar una respuesta lo más rápido posible y de forma adaptativa, teniendo también en cuenta la intensidad de las propias demandas.

Este proceso emocional se puede dividir en las siguientes fases: evaluación de una situación antecedente, cambios fisiológicos, expresión motora, efectos motivadores con tendencia a la acción, sentimientos subjetivos y afrontamiento. Éstas pueden verse representadas en la Figura 3.1.

De esta forma, la emoción puede ser desencadenada por estímulos externos (una situación determinada) o estímulos internos (por ejemplo, un pensamiento), después el organismo realiza una valoración del mismo, se activa fisiológicamente, expresa corporalmente la emoción y posteriormente actúa.

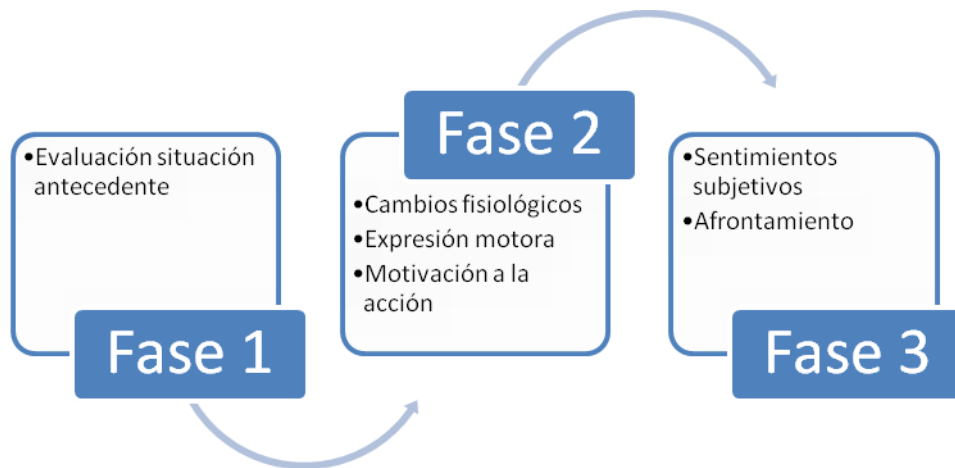


Figura 3.1

Fases del proceso emocional

3.3.4. Neuroanatomía de la emoción

Las emociones se relacionan con distintas estructuras neuroanatómicas, que están interconectadas a través de redes neuronales cerebrales. Siguiendo a Levav (2005) éstas serían las siguientes:

- Corteza paracingulada anterior. Es la encargada de la representación mental de situaciones del entorno. Se activa cuando se otorga finalidad, creencias o características humanas a los objetos o situaciones.
- Surco temporal superior. Es el que posibilita la percepción de conductas planificadas y las señales sociales.
- Polos temporales. Son los que median en la evocación de recuerdos de la memoria. Se activan al detectar rostros y objetos, también al recordar acontecimientos autobiográficos.

- Amígdala. Le corresponde la función de permitir el recuerdo de las emociones asociadas a recuerdos, de modo que lo recordado puede ser a la vez sentido de nuevo. Tiene un papel central en la representación cognitiva y conductual de un acontecimiento según el valor social que posea (si es bueno o malo, si asusta o no).
- Corteza prefrontal. Se encarga de posibilitar el cambio del foco atencional, la flexibilidad cognitiva, facilita la capacidad de adaptación a situaciones nuevas, entre otras funciones.

Otras estructuras implicadas en el proceso emocional serían el vermis cerebeloso y el cuerpo calloso.

Debido a las numerosas conexiones entre corteza prefrontal y cerebelo, sabemos del papel de éste último en la conducta emocional. Cuando se lesiona el cerebelo, aparece el síndrome cognitivo-afectivo cerebeloso (Schmahmann, 2004), el cual se caracteriza por una alteración de tipo cognitivo y emocional que afecta a la persona. Concretamente, cuando el vermis cerebeloso está afectado, los pacientes muestran alteraciones de conducta y de las emociones (Hernández-Goñi, Tirapu-Ustárrroz, Iglesias-Fernández y Luna-Lario, 2010).

En estudios con personas con agenesia del cuerpo calloso, se ha observado que el cuerpo calloso no es esencial para experimentar y pensar sobre las emociones básicas, pero sí es necesario en procesos más complejos que involucran emociones en el contexto de las interacciones sociales (Anderson, Paul y Brown, 2017).

3.4. LA INTELIGENCIA

Francis Galton, a finales del siglo XIX, se interesó por el estudio de los factores psicofisiológicos y hereditarios de la inteligencia. Utilizaba tareas como medir el tiempo de respuesta y la agudeza sensorial, aunque carecía de una teoría que sustentara su trabajo, contribuyó a acrecentar el interés por este campo de estudio.

La inteligencia es un constructo conceptualmente difícil de definir y estudiar y la aproximación a su delimitación varía dependiendo de la época en la que lo analicemos. Salmerón (2002) realizó una división de los diferentes modelos que se han dedicado en profundidad a su estudio, destacando los siguientes:

A) Modelos centrados en la estructuración-composición de la inteligencia.

Forman parte de este modelo el enfoque unifactorial y los planteamientos factorialistas.

Dentro del primer enfoque se encuentran autores Binet y Simon por un lado y Spearman por otro. Todos ellos han tratado de identificar los factores que formaban parte de la inteligencia y medirlos para establecer diferencias entre los individuos. Esta concepción de la inteligencia ha sido denominada *monolítica* ya que considera que midiendo un factor único se puede predecir el resto de las capacidades del individuo y que esta capacidad se manifiesta en todo el comportamiento de la persona. El estudio científico de la inteligencia se debe en gran medida al modelo psicométrico. El primer hito en este sentido se sitúa en el año 1905 en París, de la mano de Binet y Simon. Fue entonces cuando tanto educadores como el propio gobierno francés se dieron cuenta de las diferencias de rendimiento que existían entre los niños y vieron necesaria la creación de instrumentos de medida que permitieran diferenciar las capacidades de los alumnos. Estos autores establecieron el concepto de edad mental, siendo ésta resultado de la medición de una serie de capacidades del individuo que se comparaban con el promedio de su edad cronológica. La prueba Stanford-Binet (1916), fue desarrollada en contextos escolares y por tanto, relacionaba directamente la inteligencia con el rendimiento escolar. Así, se definió el concepto de Cociente Intelectual como la razón entre edad mental y cronológica (Molero, Saiz y Esteban, 1998). El siguiente hito tiene lugar en EEUU, con la Primera Guerra Mundial, ya que entonces comenzó un concienzudo interés por medir las capacidades de los reclutas. Para ello se contrataron a psicólogos que desarrollaron escalas que continúan vigentes en la actualidad.

Posteriormente, Spearman (1929) desarrolló la *Teoría del Factor G*, siguiendo metodologías del análisis factorial. Según el autor, los tests de inteligencia median un factor común o general, denominado “g” y que sería la inteligencia propiamente dicha, y otro factor característico de cada prueba, que era factor “s” específico, que dependía de otras destrezas que no eran la inteligencia. Wechsler (1939), su discípulo, tomando como referencia la escala de Stanford-Binet, desarrolló las conocidas Escalas Wechsler de Inteligencia para Adultos (WAIS) y más tarde presentó la adaptación de la escala (WISC)

para población infanto-juvenil. En la construcción de las mismas se observó que no se basaba en el concepto de Spearman y dividió la inteligencia en dos áreas principales: área verbal y área no verbal.

En paralelo a éstos se desarrollaron en Norteamérica los modelos factorialistas que consideraban la inteligencia como un constructo compuesto por diversos factores. Thurnstone (1938) siguiendo la metodología factorial, encontró siete factores independientes entre sí, que eran: comprensión verbal, habilidad numérica, memoria, razonamiento inductivo y deductivo, percepción y relaciones visuales y espaciales. Guilford (1967) trató de reestructurar los factores y desarrolló su modelo denominado estructural, el cual estaba compuesto por tres dimensiones: contenidos, operaciones y productos, constituidos por diferentes elementos. La combinación en triadas de cada una de las dimensiones dio lugar a ciento veinte factores que recogían aspectos como la creatividad y la inteligencia social.

Cattell (1971), desde una concepción jerárquica de la inteligencia, planteó algo muy novedoso y sin duda con gran repercusión en este ámbito, y era la posibilidad de desarrollar la inteligencia mediante el aprendizaje. Este autor diferenció entre la inteligencia fluida, determinada por factores hereditarios y cuya influencia era más notable en los primeros años del individuo, y la inteligencia cristalizada, que estaba más ligada a la cultura y la experiencia y participaba en la realización de actividades específicas.

B) Modelos centrados en el funcionamiento cognitivo de la inteligencia.

En 1950 comenzó el cognitivismo como enfoque centrado en los procesos mentales, tras el auge del conductismo que consideraba la inteligencia como meras conexiones estímulo-respuesta. Dentro del cognitivismo destacaban el estructuralismo y la teoría del procesamiento de la información.

En el estructuralismo como autor clave se encuentra Piaget (1977), que relacionaba la adaptación con la inteligencia, defendiendo que mediante los procesos de asimilación y acomodación el sujeto va evolucionando a través de una serie de estadios a lo largo de los cuales se desarrollaba su inteligencia para adaptarse al medio. Las estructuras mentales se van modificando en la interacción del sujeto con el entorno, de modo que la inteligencia práctica se va perfeccionando. Por otro lado, Vigotsky desarrolló su teoría denominada

socio-cultural, ya que consideraba que la inteligencia era un producto social. Introdujo conceptos como la zona de desarrollo potencial, que era aquello que el individuo podía llegar a hacer, y la zona de desarrollo actual, que era lo que ya era capaz de hacer. Entre ambas situaba la zona de desarrollo próximo, que era la distancia entre lo que el sujeto sabía hacer y lo que podía llegar a hacer. El autor consideraba que este paso se conseguía gracias al entorno social y a la ayuda de los demás. Para Vigotsky los test tradicionales medían la zona de desarrollo actual, pero no la potencial (Salmerón, 2002).

Las teorías del procesamiento de la información se basaban en la metáfora del ordenador y se referían a la inteligencia en términos de cómputo y manejo de símbolos. Los autores que formaban parte de esta corriente hacían del hombre un ser autómatas. Entre los autores de este modelo destacaba Turing (1950), quien definió el campo de la inteligencia artificial simulando el paralelismo entre el cerebro humano y el ordenador (Molero, Saiz y Esteban, 1998). Este modo de estudiar la inteligencia ha recibido bastantes críticas por no tener en cuenta entre otros aspectos propios del ser humano la creatividad y las emociones.

- C) Modelos centrados en la comprensión global del desenvolvimiento social de las personas para un mejor desarrollo de su vida.

Esta es una perspectiva, sin duda, más ecológica del constructo inteligencia. Como autor relevante dentro de estos modelos destaca Gardner, quien defendía que los test solo medían una parte de la inteligencia. Definió la inteligencia como la capacidad de resolver problemas y elaborar productos que sean importantes para la cultura. Describió varios tipos de inteligencia, todos ellos igualmente importantes: inteligencia musical, cinestésico-corporal, lógico-matemática, lingüística, espacial, interpersonal e interpersonal. Gardner (1983) informó de que la existencia de estas inteligencias se fundamentaban en diversas evidencias: el desarrollo del ser humano, estructuras cerebrales que constatan la importancia de estas habilidades, su carácter biológico al ser innatas, estudios de casos de niños prodigio o lesiones cerebrales, la cognición en las diferentes culturas, además debe poseer una operación nuclear identificable y ser susceptible de codificarse en un sistema simbólico. Por su parte, la inteligencia *interpersonal* se formaría desde una capacidad nuclear para detectar en los demás temperamentos, estados de

ánimo, motivaciones e intenciones. Mientras que la inteligencia *intrapersonal* se describía como el conocimiento que poseemos de nuestro mundo interno, nuestros sentimientos, emociones, discriminándolos, identificándolos y usándolos como guía de nuestra conducta. Para Gardner una persona con altas capacidades intrapersonales tenía un modelo interno de sí mismo, y al tratarse de una habilidad muy privada y poco visible, precisaba de otras inteligencias como la lingüística o musical, para saber cómo funciona. Ambas inteligencias, la interpersonal y la intrapersonal, funcionaban como solucionadores de problemas a los que se enfrentaba el ser humano, la primera permitía trabajar y comprender a los demás, la segunda comprenderse y trabajar con uno mismo. El propio autor señaló la necesidad de desarrollar cada una de estas inteligencias y educarlas (Gardner, 1995). Estos dos tipos de inteligencia han sido consideradas precursoras del concepto posterior de inteligencia emocional.

En la Figura 3.2 se puede encontrar un esquema de los distintos modelos de la inteligencia que se han ido sucediendo a lo largo de la historia de este concepto.

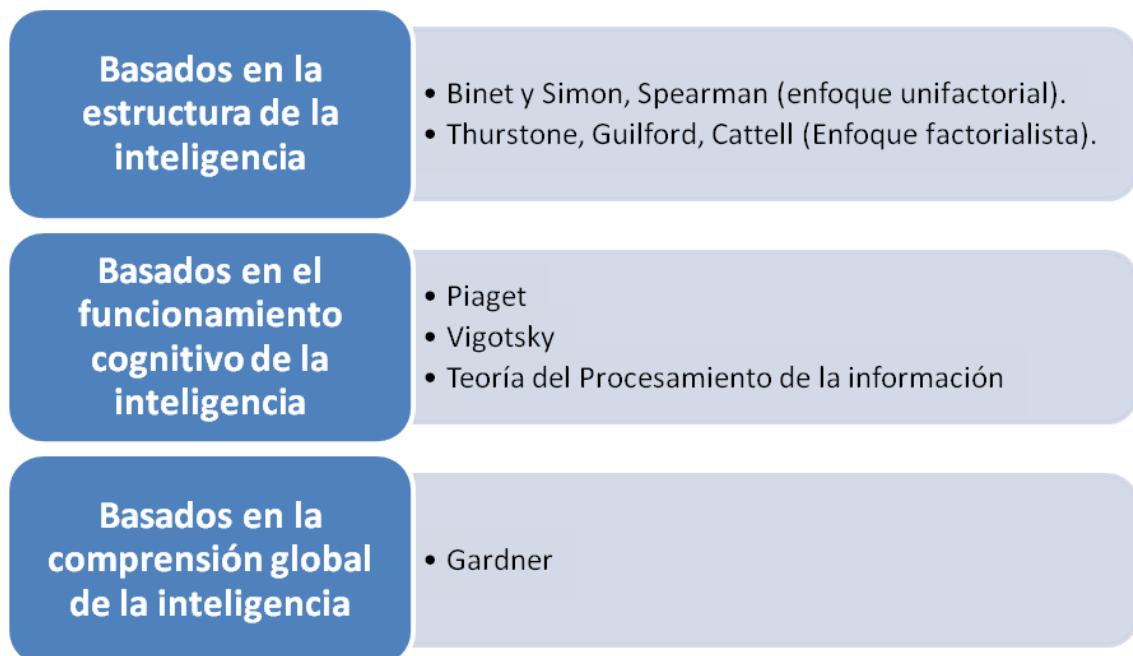


Figura 3.2
Modelos de la inteligencia

3.4.1. Definición actual de Inteligencia Emocional

Tras revisar ampliamente la literatura existente hasta ese momento sobre percepción y expresión emocional en uno mismo y los demás, la comprensión del proceso emocional y la autorregulación emocional aparece de la mano de Salovey y Mayer (1990), lo que se ha considerado su primera teoría formal sobre la IE. Según los propios autores, utilizaban la palabra emoción porque las emociones ya contienen en sí mismas inteligencia. En sus primeros artículos los autores trataron de justificar el uso del término inteligencia, más tarde pusieron énfasis en su carácter educable y posteriormente se centraron en la comprensión de las emociones.

En función del modelo que utilizemos de referencia, la delimitación del campo de estudio y la definición del concepto difiere. Otro autor que también ha destacado en el estudio de la inteligencia emocional es Bar-On (1997) quien definió la inteligencia emocional como el conjunto de capacidades, competencias y habilidades no cognitivas que se relacionan con el éxito que una persona alcanza en su vida (Bar-On, 1997).

Por su parte, Goleman (1995) se refirió a ella como un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades y competencias que determinan la conducta de un individuo, sus reacciones o estados mentales. Aunque unos años más tarde la reformuló como la capacidad de la persona para reconocer sus propios sentimientos y los de los demás, para motivarse y gestionar la emocionalidad en él mismo y en sus relaciones interpersonales (Goleman, 1998).

Martineaud y Engelhart (1996) se refirieron a ella como la capacidad para conocer nuestros sentimientos, controlar nuestros impulsos, razonar, permanecer tranquilos y optimistas cuando nos vemos confrontados a ciertas pruebas, y mantenernos a la escucha del otro.

Sería como una aptitud para captar, entender, y aplicar eficazmente la fuerza y la perspicacia de las emociones como fuente de energía humana, información, relaciones e influencia (Cooper y Sawaf, 1997).

Epstein consideró que, una persona con inteligencia emocional es aquella que piensa de modo constructivo, por lo que para él estas personas tienen, sobre todo, una estructura de pensamiento flexible, adaptan sus modos de pensar a las modalidades de diferentes situaciones, se aceptan bien a sí mismas y a los demás, suelen establecer relaciones gratificantes y generalmente tienden a conceder a otros el beneficio de la duda; incluso en

esta situación evalúan sus conductas como eficaces o ineficaces para conseguir una finalidad específica (Epstein, 2001).

Vallés (2005) indicó que se trata de la capacidad intelectual de utilizar las emociones para resolver problemas.

Existen estudios que concluyeron que el desarrollo de la IE era una de las variables que influían en la salud laboral del profesional (Berrios, Augusto-Landa y Aguilar-Luzón, 2006).

La mayoría de investigadores en este campo definen la IE como un conjunto de habilidades que nos permiten percibir, entender, razonar y manejar nuestras emociones y las de otros (Palmer, Gignac, Ekermans, y Stough, 2008).

El desarrollo de la IE redundaría en satisfacción en el trabajo, implicación, cohesión, participación y reconocimiento en el desarrollo del mismo, buenas relaciones interpersonales y profesionales en el equipo, y cumplimiento de objetivos marcados por la unidad. En definitiva, eficiencia en las actividades laborales (Pau y Sabri, 2012).

La construcción hacia la comprensión completa del concepto de IE tiene lugar en los trabajos de Boyatzis y Goleman (Goleman, 1998; Goleman y Boyatzis, 2008). Se incluían las competencias de autoconciencia, autogestión, conciencia social, relaciones sociales y motivación; los elementos clave en estos dominios se relacionaron directamente con la capacidad de reconocer y manejar las emociones en situaciones de estrés (Cherniss, Extein, Goleman y Weissberg, 2006; Lin, Kannappan y Lau, 2013; Webb, Young y Baumer, 2010; Jordan y Ashkanasy, 2006).

3.4.2. Modelos de Inteligencia Emocional

En este apartado se desarrollan los principales modelos explicativos imperantes en el campo de la inteligencia emocional.

En la actualidad los modelos de inteligencia emocional se dividen principalmente en dos grupos: los modelos de capacidades y los modelos mixtos o de personalidad. Los primeros describen una serie de capacidades cognitivas en relación a las emociones. Dentro de este enfoque, el modelo que cuenta con mayor aceptación actualmente es el de Mayer, Salovey y Caruso (2000a). Los segundos mezclan capacidades emocionales y rasgos de personalidad. Dentro de éste último grupo, destacan el modelo de Bar-On

(1988), el modelo de Goleman (1995) y el modelo de Petrides y Furnham (2000).

Por otro lado, se presenta también el modelo de Epstein por considerarlo relevante en este campo del conocimiento.

3.4.2.1. Modelos de capacidades: Modelo de las cuatro ramas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000a)

Desde esta perspectiva se entiende la inteligencia emocional como una capacidad que, a diferencia de los rasgos de personalidad, es susceptible de ser desarrollada a lo largo de la vida y puede verse en conductas concretas. De este modo se entiende la IE como un tipo más de inteligencia.

Es un modelo que ha recibido gran apoyo empírico y enfatiza la importancia de capacidades emocionales de carácter cognitivo, que facilitan la adaptación al medio. Este modo de concebir la inteligencia es similar a las definiciones clásicas de inteligencia (Sternberg y Kauffman, 1998).

Los autores dividieron la inteligencia emocional en cuatro ramas básicas. Cada una de ellas incluía diferentes estadios de capacidad que se aprendían a dominar de manera secuencial. En los diferentes niveles, se encontraba desde las capacidades más básicas a las más integradas, desde las funciones más simples como la identificación de emociones hasta las más complejas como su regulación, desde aquellas capacidades que se desarrollaban más tempranamente hasta aquellas que requerían mayor madurez evolutiva para ser alcanzadas. Los autores presuponían que aquellos que poseían niveles más altos de IE progresaban más rápidamente en el dominio de éstas capacidades, que siguiendo a Mayer y Salovey (1997) serían las siguientes:

1. *Percepción, valoración y expresión emocional.* Está formada a su vez por cuatro capacidades, que se van desarrollando progresivamente y generalmente en este orden, en las personas.
 - a. Identificar emociones en los estados físicos, sentimientos y pensamientos de uno mismo.
 - b. Identificar emociones en otros, en bocetos, en obras de arte, a través del sonido, apariencia y conducta.

- c. Expresar tanto las emociones como las necesidades relacionadas con esos sentimientos de forma adecuada.
- d. Discriminar expresiones emocionales entre precisas o imprecisas, honestas o deshonestas.

Para ejemplificar este proceso escalonado de adquisición de madurez emocional se puede tener en cuenta en primer lugar, como los niños entre 3 y 5 años reconocen las expresiones emocionales de los padres y responden ante ellas. Posteriormente identificarán sus propias sensaciones musculares y corporales y las de sus allegados. Los niños otorgan sentimientos a objetos inanimados y animados, lo cual va permitiendo que reconozcan sentimientos a los demás. Un adulto puede detectar emociones en una obra de arte y sentir emociones al observarla así como también identificar emociones en ella. Los individuos con capacidades emocionales desarrolladas detectan en los demás las emociones falsas o manipuladas. Esta capacidad implica la percepción de la información no verbal, así como la expresión de emociones mediante la cara, la voz y otros modos de comunicación relacionados con éstos (Eckman y Friesen, 1975; Nowicki y Miychell, 1998; Scherer, 2001) (citado en Mayer, Salovey y Caruso, 2008). En el individuo, la percepción de emociones en uno mismo aumenta la conciencia emocional (Lane, Quinlan, Swarch, Walter y Zeitlin, 1990) y disminuye la ambivalencia sobre la expresividad emocional (King y Emmons, 1990) así como el grado de alexitimia (Apfel y Sifneos, 1979).

2. *Facilitación emocional del pensamiento.* Lo fundamental en esta rama es la asociación de las emociones con la cognición. En este sentido los autores describen cuatro muestras o principios de este proceso de facilitación:

- a. Las emociones priorizan el pensamiento al dirigir la atención a la información importante.
- b. Las emociones intensas y disponibles pueden ser generadas para ayudar a la razón y a la memoria sobre los sentimientos. Además el humor cambia la perspectiva del individuo desde el optimismo hasta el pesimismo, favoreciendo la consideración de múltiples puntos de vista.

- c. Los estados emocionales estimulan el afrontamiento de problemas específicos, por ejemplo, la felicidad facilita el razonamiento inductivo y la creatividad.

Para avalar la existencia de esta capacidad se citan desde la función de alerta que desempeña la emoción a partir del nacimiento del niño, cuando el bebé llora reclama cuidado de sus padres, sirviendo así como mecanismo de supervivencia, hasta ya en la edad adulta teniendo en cuenta como las emociones pueden orientarnos hacia aquellas cosas importantes en nuestra vida que requieren atención. Anticipar determinados estados emocionales, puede ayudarnos a la hora de tomar decisiones, basándonos en experiencias previas. El cambio de un humor negativo a uno positivo nos puede hacer recapacitar sobre otras posibilidades que inicialmente no habíamos considerado. Incluso se ha visto que las emociones pueden crear diversos procesos mentales que resulten más o menos adaptativos en tareas de razonamiento (Isen, 1987; Palfai y Salovey, 1993; Schwarz y Clore, 1996 citado en Brackett y Salovey, 2004).

3. *Comprender y analizar las emociones*, empleando el conocimiento emocional. Aquí se describen cuatro capacidades que evolucionan según su complejidad en el siguiente orden:
 - a. Etiquetar emociones y reconocer las relaciones entre las palabras y las emociones mismas, tales como la relación entre gustar y amar.
 - b. Interpretar los significados que las emociones nos dan respecto a las relaciones, como son la tristeza por la pérdida de un ser querido.
 - c. Comprender sentimientos complejos, simultáneos o mezclados.
 - d. Reconocer las transiciones entre emociones, pasar de la ira a la satisfacción o a la vergüenza.

El proceso de comprensión emocional implica conocer el vocabulario referido a emociones, conocer cómo las emociones progresan así como diferenciar aquellas que pueden estar mezcladas. Por ejemplo, una persona puede sentir enfado, expresarlo con quien no debe, y seguidamente sentir culpa, la capacidad para comprender tal

cambio de emociones implica una capacidad emocional. Esta capacidad implica analizar las emociones, su probabilidad de ocurrencia y sus resultados (Frijda, 1988; Lane, Quinlan, Schwartz, Walter y Zeitlin, 1990; Roseman, 1984).

4. *La regulación reflexiva de las emociones para promover el crecimiento emocional e intelectual.* Esta capacidad es la más difícil de conseguir. Consiste en mejorar o modificar nuestros sentimientos. Para lo cual se necesitan cumplir varios requisitos:
 - a. En primer lugar estar abiertos a los sentimientos placenteros o displacenteros.
 - b. Acercarnos o distanciarnos de forma reflexiva de una emoción dependiendo de su utilidad en esa circunstancia.
 - c. Ser capaz de identificar reflexivamente las emociones en relación a uno mismo y los demás.
 - d. Por último, la capacidad para regular las emociones en uno mismo y en otros, mitigando las emociones negativas e intensificando las placenteras, sin reprimir o exagerar la información que transmiten.

La regulación emocional implica tener muy presente la personalidad del sujeto. Las emociones son manejadas en el contexto de los logros de la persona, su autoconocimiento y conciencia social (Averill y Nunley, 1992; Gross, 1998).

A continuación se esquematiza este modelo acerca del constructo IE en la Figura 3.3.

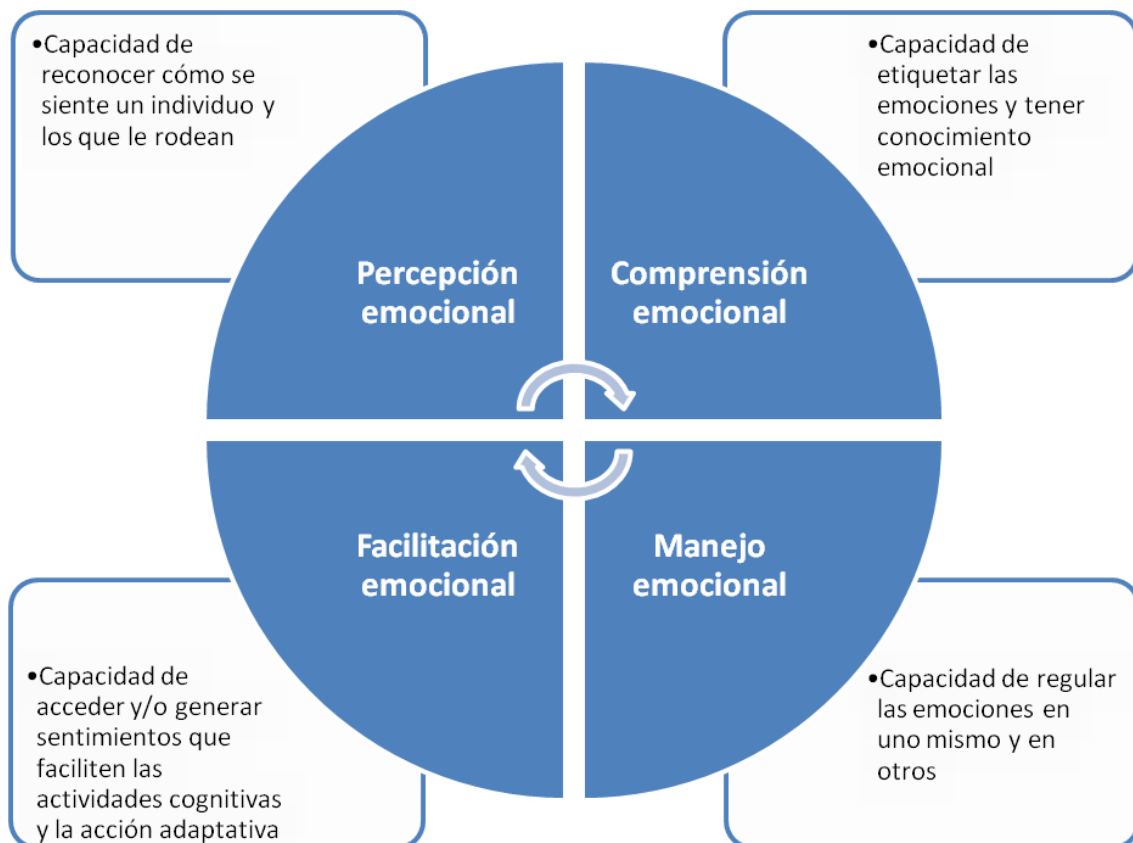


Figura 3.3

Modelo de las cuatro ramas (Mayer, Salovey y Caruso, 2000a)

3.4.2.2. Modelos mixtos

Dentro de esta categoría se encontrarían el modelo de Bar-On y el modelo de Goleman ya que incluían en el concepto de inteligencia emocional rasgos de personalidad como son el control del impulsos, la motivación, la tolerancia a la frustración, el manejo del estrés, la ansiedad, la asertividad, la confianza y/o persistencia (García-Fernández y Giménez-Mas, 2010). Al ser delimitada la IE como un rasgo, esto implicaría que permanece estable a lo largo del tiempo y las situaciones. A continuación se explican ambos modelos aquí referidos.

A) Modelo de Bar-On

Este modelo consideraba la inteligencia emocional como aquellas características de personalidad que se encontrarían relacionadas con el éxito en la vida. Según Bar-On (1997), la modificabilidad de la inteligencia emocional y social era superior a la cognitiva. Este autor describió una serie de áreas que se incluirían dentro de su modelo de inteligencia emocional que eran: habilidades intra e interpersonales, adaptabilidad, manejo del estrés y estado de ánimo general.

Este modelo no ha estado exento de críticas, ya que parece que se mezcla inteligencia emocional con habilidades mentales (por ejemplo, conocimiento emocional intrapersonal) y con características de personalidad (por ejemplo, independencia).

B) Modelo de Goleman

Según Goleman (1995) el cociente emocional sería un complemento necesario al tradicional concepto de cociente intelectual. Para este autor, las interrelaciones que existen entre ambos son una muestra de su complementariedad.

En este modelo se postula que la inteligencia emocional estaría formada por los siguientes componentes: conciencia de uno mismo, habilidades sociales, autorregulación, empatía y motivación.

Este modelo trata de predecir el éxito en los distintos ámbitos de la vida de las personas. En general, Goleman indicó que con una buena inteligencia emocional la persona tiene ventajas en cualquier aspecto de su vida, tanto en las relaciones íntimas como en el éxito de un gobierno para organizar la política (Goleman, 1995). Más aún, afirmó que mientras el cociente intelectual contribuía en un 20% al éxito de la vida, el 80% se debía a otros factores (Goleman, 1995). Incluso refería que la inteligencia emocional podía ser más poderosa que el cociente intelectual.

Autores como Mayer y Salovey, afirmaron que es lícito estudiar todos los factores que pueden contribuir al éxito en la vida, así como las relaciones entre ellos, pero incluir todos estos conceptos dentro de la denominación de inteligencia emocional contribuye a pensar que todos ellos guardan una fuerte correlación cuando esto no ha sido constatado por los estudios (Mayer,

Salovey y Caruso, 2000b). Otra de las críticas que recibió este modelo es el no haber usado ni modelos de habilidad ni mixtos en sus estudios de laboratorio, en los cuales basa sus conclusiones (Kelley y Caplan, 1993).

C) Modelo de la inteligencia emocional rasgo de Petrides y Furnham

En este modelo se enfatizaba la inherente subjetividad de la experiencia emocional. La IE se conceptualizaba como un rasgo de personalidad situado en los niveles inferiores de las jerarquías de la personalidad (Petrides y Furnham, 2000). Bajo este modelo la IE se evaluaba mediante medidas de autoinforme y se refería a las percepciones que las personas tenían de sus capacidades emocionales.

Los factores que componían este modelo eran: adaptabilidad, asertividad, percepción emocional de uno mismo y de los demás, expresión emocional, gestión emocional de los demás, regulación emocional, baja impulsividad, habilidades de relación, autoestima, automotivación, competencia social, manejo de estrés, empatía rasgo, felicidad rasgo y optimismo rasgo.

3.4.2.3. Modelo experiencial de Epstein

Desde este modelo se postuló la existencia de dos tipos de inteligencia que eran: inteligencia racional e inteligencia experiencial (Epstein, 1998). La primera era aquella que mediríamos a través del CI, mientras que la segunda era la que se relacionaba con las emociones y comprendía a su vez la inteligencia emocional, social y práctica. La inteligencia experiencial se equiparaba al pensamiento constructivo (Contreras, Chávez, Aragón y Velázquez, 2011).

El pensamiento constructivo era un constructo teórico que hacía referencia a la capacidad para reconocer las propias emociones y sentimientos así como al proceso de regulación y dirección consciente y voluntario que de ellos se haga para la solución de problemas. También intervenía en la consecución de las metas que cada individuo se proponía, con el menor costo de estrés, mayor nivel de satisfacción personal y que además resultaban adaptativas en el medio social (Contreras et al., 2011).

El pensamiento constructivo se componía de dos tipos de afrontamiento: afrontamiento emocional y afrontamiento conductual. El primero se relacionaba con un adecuado manejo de los sentimientos negativos. El segundo consistía en un pensamiento orientado a la acción, ser optimista, aceptar los retos y pensar en modos eficaces de solucionar los problemas. Según Epstein (1998), un buen pensador constructivo alcanzaría niveles elevados en ambas facetas.

Es importante señalar que esta teoría subrayaba el carácter cognoscitivo de la inteligencia emocional, por lo que se refería a ella con el término de pensamiento constructivo.

3.5. EVALUACIÓN DE LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

La falta de acuerdo en cuanto a la definición y delimitación del concepto de inteligencia emocional ha influido en las controversias existentes en relación a su medida. Petrides y Furnham (2000) postularon que la IE debía ser conceptualizada como dos constructos separados: capacidad y rasgo. Por un lado, la IE conceptualizada como rasgo describía el proceso de comprensión y utilización de las emociones tanto en el ámbito interpersonal como intrapersonal. Ésta debía ser medida a través de autoinformes. Por otro lado, la IE como capacidad se refería a la capacidad que tenía la persona para conocer e interpretar las emociones humanas tanto externas como internas. Ésta debía medirse a través de métodos procedimentales y observacionales.

La mayoría de los instrumentos desarrollados para la evaluación de la IE eran medidas de autoinforme, por lo que analizaban la percepción de las capacidades emocionales de la propia persona a través de una escala tipo Likert, con varias opciones de respuesta (por ejemplo de 1= Muy de acuerdo a 5= Muy en desacuerdo).

3.5.1. Principales instrumentos de evaluación

A) *Schutte Self-Test Report Emotional Intelligence Test (SSEIT; Schutte et al., 1998).*

Esta escala constituye un método para medir la inteligencia emocional general (IE), con cuatro subescalas: percepción emocional, manejo emocional,

autoconocimiento emocional y gestión emocional de los demás. Esta escala se estructura fuera del modelo de IE desarrollado por Salovey y Mayer (1990). Esta escala está estrechamente relacionada con el modelo EQ-I de la Inteligencia Emocional. Constituye una medida de autoinforme de 33 ítems que se responde en formato tipo Likert desde 1 (totalmente de acuerdo) hasta 5 (muy en desacuerdo).

Schutte et al. (1998) refieren un índice de fiabilidad de 0.90 para la escala de inteligencia emocional. La puntuación de la IE, en general, es bastante fiable para los adultos y los adolescentes; sin embargo, las emociones que se utilizan en las subescalas han mostrado escasa fiabilidad (Ciarrochi, Chan y Bajgar, 2001). Asimismo, informan una correlación media del SSEIT con áreas tales como la autoestima, la escala de cinco grandes de la IE (0.51), y la satisfacción con la vida (Petrides y Furnham, 2000).

B) *Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong, Wong y Law, 2007).*

Esta es una medida de IE de autoinforme que consta de dos partes. La primera de ellas contiene 20 escenarios y se requiere que los sujetos elijan la opción que mejor refleje su reacción más probable en cada escenario. La segunda parte contiene 20 pares de habilidades y se requiere que los sujetos elijan uno de los dos tipos de habilidades que mejor representen sus puntos fuertes. Esta escala se basa en cuatro dimensiones de habilidad: 1) Evaluación y expresión de las emociones en uno mismo, 2) evaluación y reconocimiento de las emociones en los demás, 3) auto-regulación emocional y 4) uso de la emoción para facilitar el desempeño.

En un reciente estudio sobre las propiedades psicométricas de este cuestionario, se encontró que el WLEIS era válido. En el análisis de los componentes principales, con el método de rotación varimax, se extrajeron cuatro componentes que explicaban un 75.1% de la varianza. Además, los resultados en relación a la fiabilidad fueron satisfactorios, con alfa de Cronbach que oscilaron entre .83 y .92 para todas las dimensiones. Los resultados del test de fiabilidad de las dos mitades también mostraron que el instrumento era fiable, con coeficientes que de .81 a .95 (Wan-Sulaiman y Mohd-Noor, 2015).

C) *Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On, 1997).*

Se trata de un cuestionario de autoinforme que incluye informes de observadores externos sobre las capacidades emocionales del sujeto. Este instrumento contiene cinco escalas principales que a su vez se dividen en quince subescalas: inteligencia interpersonal (autoconciencia emocional, asertividad, respeto por uno mismo, auto-actualización, independencia), inteligencia intrapersonal (empatía, relación interpersonal, responsabilidad social), adaptación (solución de problemas, contrastación de la realidad, flexibilidad), manejo del estrés (tolerancia al estrés, control de impulsos, y estado de ánimo (felicidad, optimismo).

En estudios sobre las propiedades psicométricas del EQ-i, se ha encontrado una buena homogeneidad y consistencia interna. La fiabilidad y validez en la evaluación tanto con hombres como con mujeres fue bastante similar (Dawda y Hart, 2000).

D) *Emotional Competence Inventory (ECI; Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000).*

El Inventario de Competencia Emocional (ECI) es un instrumento diseñado para evaluar las competencias emocionales de los individuos y las organizaciones. Esta escala representa un complemento de la EQ-i, constituyendo la versión de heteroinforme. El Inventario de Competencia Emocional en su versión 2.0 mide 18 competencias organizadas en cuatro grupos: autoconciencia, autogestión, conciencia social y gestión de las relaciones. Incluye informes de observadores externos sobre las capacidades emocionales del sujeto, siendo una medida que conceptualiza la IE como un conjunto de capacidades emocionales, cognitivas, afectivas y de personalidad. Se tarda entre 30 y 45 minutos en ser cumplimentado. La consistencia interna del instrumento medida a través del alfa de Cronbach es adecuada para las calificaciones totales, oscilando los índices de fiabilidad entre .68 (Transparencia) y .87 (Conciencia emocional), con una fiabilidad promedio general de .78. Con respecto a la validez, la investigación muestra que el Inventario de Competencia Emocional está relacionada con resultados tales como éxito en la vida de un individuo (Sevinc, 2001), en su rendimiento general (Nel, 2001), en la percepción de liderazgo en un grupo (Humphrey, Sleeth y Kellet, 2001), en el rendimiento laboral (Lloyd, 2001).

El Inventario de Competencia Emocional también muestra buena validez de constructo y se relaciona con medidas en dimensiones como las de detección/intuición y el pensamiento/sentimiento pero no la introversión/extraversión y juzgar/percibir dimensiones como se esperaba (Burckle, 2000).

Otra investigación muestra que la ECI se relaciona con distintas dimensiones de inteligencia emocional (Stubbs, 2005), y negativamente con creencias irracionales (Welpe, Tumasjan, Stich, Spörrle y Försterling, 2005).

Dos estudios examinaron la validez discriminante de la ECI. La investigación muestra que la ECI no correlaciona bien con el pensamiento crítico (Murensky, 2000) o rasgos de personalidad medidos a través del cuestionario de la personalidad de Eysenck (Zadel, 2004). Byrne (2003) llevó a cabo un estudio de validez general de la ECI utilizando la versión de autoinforme y concluyó que el instrumento muestra una buena validez discriminante y de criterio.

E) *Trait Meta-Mood Scale (TMMS*; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palafai, 1995).

Fue la primera escala creada para medir la inteligencia emocional. Se trata de una escala de rasgo que mide los procesos reflexivos que acompañan a los estados de ánimo y que mide la inteligencia emocional percibida. Contiene treinta ítems y tres subescalas que son: Atención (capacidad del sujeto para prestar atención a sus estados emocionales), Claridad (capacidad percibida de comprender y discriminar entre diferentes estados de ánimo y emociones) y Reparación del estado de ánimo (capacidad percibida para mantener estados de ánimo positivos y reparar los negativos). En esta escala la persona evalúa el grado en el que está de acuerdo con cada uno de los ítems sobre una escala tipo Likert de 5 puntos (1 = Totalmente en desacuerdo, 5 = Totalmente de acuerdo).

La versión española fue desarrollada por Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos (2004), contiene 24 ítems y tres subescalas de 8 ítems. Su propósito fue evaluar la estabilidad de las personas en su forma de atender, discriminar y regular estados de ánimos y emociones personales y de otros. Al realizar el Análisis Factorial de componentes principales quedó reducida a 24 ítems que se distribuyeron equitativamente en ocho ítems para cada uno de

los Factores: Atención, Claridad y Reparación. Esta transformación se produjo por varios motivos, entre ellos la baja fiabilidad y confiabilidad de la escala en general, y que los reactivos que los reactivos parecían medir capacidades emocionales interpersonales y aspectos emocionales más generales, y no Inteligencia Emocional intrapersonal (Fernández-Berrocal et al., 2004).

F) *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT;* Mayer, Salovey y Caruso, 2002) adaptación y validación en población española de Fernández-Berrocal y Extremera, 2009.

Se trata de un instrumento de ejecución emocional que se desarrolló tratando de conseguir una mayor objetividad de la medida de la capacidad emocional del sujeto. Existe una asociación entre el modelo de las cuatro ramas de IE de estos mismos autores y esta escala de medida. Para su elaboración tomaron una muestra normativa de cientos de sujetos y 21 investigadores del campo de las emociones, encontrando un grado de convergencia entre consenso y expertos del .90. Este instrumento proporciona una medida global de la IE. Esta puntuación global, a su vez, se puede dividir en dos áreas: la inteligencia emocional experiencial y la estratégica. Estas áreas se conectan de acuerdo con el modelo de las cuatro ramas de la inteligencia emocional: 1) Percibir las emociones con precisión, 2) utilizar las emociones para facilitar el pensamiento, la resolución de problemas y la creatividad, 3) comprender las emociones y 4) manejar las emociones para el crecimiento personal. Las dos primeras ramas pertenecen al área denominada experiencial, mientras las dos segundas pertenecen a la estratégica. La percepción emocional es medida a través de la identificación de caras en fotos además de diseños y paisajes. La asimilación de emociones se mide con la descripción de emociones usando vocabulario emocional e indicando los sentimientos que quizás facilitan o interfieren con el éxito en la realización de varias tareas cognitivas y comportamentales. La comprensión emocional se evalúa con preguntas sobre cómo las emociones surgen y transcurren a lo largo del tiempo, y cómo algunos sentimientos son producidos por una mezcla de emociones. La capacidad para el manejo de emociones se mide a través de la identificación de las maneras más adaptativas para regular nuestros propios sentimientos y los de los demás en situaciones sociales.

Más recientemente, Extremera y Fernández Berrocal (2009), llevan a cabo la validación del MSCEIT en muestras españolas. La versión española del MSCEIT versión 2.0 tiene una fiabilidad total de .95, con una fiabilidad por áreas de .93 para el área experiencial y de .90 para el área estratégica.

Sánchez-García, Extremera y Fernández-Berrocal (2016) indicaron que existía una estrecha convergencia de las puntuaciones de consenso en las muestras españolas y las puntuaciones de consenso general y de expertos en muestras de otros países. Además, el MSCEIT también demostró una adecuada fiabilidad tanto en base a pruebas de consistencia interna como de correlación test-retest. El análisis factorial confirmatorio apoyó un modelo de factor superior de tres niveles con ocho variables (puntuaciones de tareas), cuatro factores de primer nivel (puntuaciones de rama), con dos tareas para cada rama, dos factores de segundo nivel (área experiencial y área estratégica, con dos ramas para cada área) y un factor de tercer nivel (IE general). Por otro lado, se observó una adecuada validez discriminante de las puntuaciones en las subescalas del MSCEIT, que se relacionaron diferencialmente con la personalidad y la autoeficacia en IE. Además, se encontró que las propiedades psicométricas del Test MSCEIT, en su versión española, son similares a las de la versión original en inglés.

G) *Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue; Petrides, 2001).*

Este instrumento mide la Inteligencia Emocional rasgo y constituye uno de los instrumentos más utilizados y fiables de medida de este constructo. Consta de 153 ítems (valorados en una escala tipo Likert de siete puntos), con 13 dimensiones distintas que se agrupan en cuatro factores: bienestar, emotividad, sociabilidad y autocontrol. Dos facetas adicionales (adaptabilidad y automotivación) contribuyen directamente a la obtención de la IE rasgo global. Este instrumento cuenta con versiones abreviadas y adaptaciones para niños y adolescentes.

Se diseñó una versión abreviada de este cuestionario, que es el Trait Emotional Intelligence Questionnaire-short Form -TEIQue (Petrides, 2009). Los estudios acerca de las propiedades psicométricas de este instrumento demuestran que posee una adecuada validez de constructo (O'Connor, Nguyen y Anglim, 2016).

En un estudio de fiabilidad y validez de este instrumento en población francesa se encontró que las puntuaciones en esta se distribuyen con normalidad a nivel mundial en la población, la estructura de cuatro factores que se encontró previamente con población de Reino Unido (bienestar, autocontrol, emotividad y sociabilidad) se replicó de nuevo en este caso, las puntuaciones en el instrumento son dependientes del género pero relativamente independientes de la edad, se observa evidencia preliminar de validez convergente/discriminante, con puntuaciones que son independientes del razonamiento no verbal, evaluado esto último usando el test de matrices de Raven (Raven, 1976). Se encuentran relaciones positivas con algunas dimensiones de personalidad tales como optimismo, amabilidad, apertura a la experiencia y conciencia), así como relaciones negativas con alexitimia y neuroticismo. También se observa validez de criterio, pudiendo las puntuaciones en esta escala predecir niveles de depresión, ansiedad y apoyo social, así como futuros estados afectivos y reactividad emocionales en situaciones neutrales y estresantes. Aunque se observa cierta tendencia a la deseabilidad social cuando los sujetos rellenan este cuestionario, la validez para predecir la reactividad emocional se situaba por encima de la deseabilidad social, la alexitimia y los factores de la personalidad en base al modelo de los cinco grandes.

En un estudio reciente se destaca un buen apoyo a la validez de este instrumento. En concreto en lo relativo a su validez incremental, ya que predice siete criterios relevantes de la varianza explicada por el modelo de cinco factores de la personalidad y estrategias de afrontamiento (Siegling, Vesely, Petrides y Saklofske, 2015).

H) *Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI; Epstein, 1987).*

Con este instrumento Epstein pretende medir la inteligencia experiencial, término que engloba lo que ahora conocemos como inteligencia emocional. La teoría cognitivo-experiencial (CEST) (Epstein, 1994) es la que ha servido de fundamento teórico para construir el CTI. Se tarda entre 15 y 30 minutos en ser contestado. Es de aplicación individual o colectiva, para adolescentes y adultos. Cuenta con escalas de validez y deseabilidad social. La validez de este test de autoinforme se basa en una amplia variedad de estudios que lo relacionan con test de personalidad, inteligencia, éxito laboral,

bienestar físico y emocional, etc. Posee una alta validez factorial (Epstein, 2001). Se ha realizado la adaptación española de este instrumento por el Departamento I+D de TEA Ediciones (Epstein, 2012).

En la Tabla 3.1 se enumeran los principales instrumentos de evaluación del constructo IE.

Tabla 3.1

Instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional

Principales instrumentos de evaluación de la Inteligencia Emocional
- <i>Schutte Self-Test Report Emotional Intelligence Test (SSEIT; Schutte et al., 1998).</i>
- <i>Wong and Law Emotional Intelligence Scale (WLEIS; Wong, Wong y Law, 2007).</i>
- <i>Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i; Bar-On, 1997).</i>
- <i>Emotional Competence Inventory (ECI; Boyatzis, Goleman y Rhee, 2000).</i>
- <i>Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palafai, 1995).</i>
- <i>Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT; Mayer, Salovey y Caruso, 2002) adaptación y validación en población española de Fernández-Berrocal y Extremera, 2009.</i>
- <i>Trait Emotional Intelligence Questionnaire (TEIQue; Petrides, 2001).</i>
- <i>Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI; Epstein, 1987).</i>

3.6. LA INTELIGENCIA EMOCIONAL EN SALUD MENTAL

Los campos de aplicación de la inteligencia emocional son el ámbito educativo, el organizacional y el de la salud. En este último, son numerosas las investigaciones realizadas en los últimos años, así como los avances que han tenido lugar en este sentido en concreto en el marco de la salud mental y física.

Las medidas de inteligencia emocional siguen distribuciones normativas, por lo que podemos dividir a los sujetos en personas con niveles

de inteligencia emocional “normal”, “alta” y “baja”, y también como “anormalmente baja” (Oberst y Lizeretti, 2004). La baja inteligencia emocional puede producir efectos negativos en la vida emocional del individuo, y por tanto, jugar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de trastornos psicológicos, ya sean éstos trastornos de personalidad (Eje II del DSM-IV) o un proceso psicopatológico (eje I del DSM-IV) (Oberst y Lizeretti, 2004).

En los trastornos del Eje I, podemos observar relaciones entre los bajos niveles de inteligencia emocional y el bajo control de emociones, capacidades de afrontamiento y falta de apoyo social. El déficit en IE se consideró un factor de vulnerabilidad para desarrollar y mantener ciertas patologías como depresión, ansiedad, trastornos del control de los impulsos, entre otros (Oberst y Lizeretti, 2004).

En este apartado se describen los estudios más relevantes que se han encontrado asociando la IE con aquellos trastornos mentales más prevalentes entre la población general.

3.6.1. Inteligencia emocional y depresión

Existe una relación muy significativa entre la inteligencia emocional y el nivel de depresión (Abdellatif, Hussien, Hamed y Zoromba, 2017).

Se han encontrado correlaciones positivas entre satisfacción por la vida y el dominio de tareas, así como correlaciones negativas entre satisfacción con la vida y sintomatología depresiva. Por tanto, cuanto mayor sea la inteligencia emocional, mayor será la capacidad que tenga para realizar comportamientos adaptativos orientados a las tareas, más calidad de vida percibida tendrá, y menos probabilidad de padecer sintomatología depresiva (Martínez-Pons, 1997).

Ciarrochi, Deane y Anderson (2002) encontraron que los niveles de depresión se hallaban asociados con la IE. Por tanto, el estrés se relacionaría con mayores niveles de depresión, desesperanza e ideación suicida en personas con alta percepción emocional y la ideación suicida con una menor capacidad para regular las emociones de los demás.

Otros estudios hallaron que las personas depresivas presentaban niveles más altos de supresión de pensamientos y niveles más bajos de atención y claridad emocional. Así, los sujetos más vulnerables a la depresión

serían aquellos con elevados niveles de mecanismos de supresión de pensamientos y bajos niveles de atención y claridad emocional (Rude y McCarthy, 2003).

Thayer, Rossy, Ruiz-Padial y Johnsen (2003) asociaron los niveles de atención a las emociones con el sexo, encontrando mayores niveles de atención a las emociones con el sexo femenino. Las mujeres con mayores índices de depresión presentaban mayor atención emocional y menor capacidad de reparación emocional que los hombres.

Williams, Fernández-Berrocal, Extremera, Ramos y Joiner (2004) encontraron mayores correlaciones entre regulación emocional y depresión por desesperanza, que entre regulación emocional y depresión endógena.

Downey et al. (2008) observaron correlaciones entre inteligencia emocional y depresión, en concreto en lo referente a las capacidades de regulación y control de las emociones. Además, los autores postularon, de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio, que la IE podría ser un predictor del riesgo de padecer depresión.

Kwak et al. (2008) encontraron relaciones significativas entre el grupo de pacientes con trastorno depresivo mayor y bajos niveles de IE estratégica, medida a través de tareas de ejecución con el test MSCEIT.

Otros estudios han defendido que la inteligencia emocional es un factor protector de padecer depresión. Rodríguez y Romero (2003) analizaron la inteligencia emocional percibida encontrando una asociación negativa entre los factores claridad y reparación emocional, con el nivel de depresión, mientras que el neuroticismo se asociaba con atención emocional. Muchas otras investigaciones avalaron la asociación entre la IE y depresión en muestras no clínicas (p.e. Dawda y Hart, 2000; Martínez-Pons, 1997; Schutte et al., 1998; Slaski y Cartwright, 2002, 2003; Tsaousis y Nikolaou, 2005).

Se podría indicar que los problemas para regular y controlar las emociones son considerados un factor de riesgo para padecer depresión (Hansen, Lloyd y Stough, 2009).

Rode (2016) estudió la relación entre la inteligencia emocional y la depresión posparto. Encontró efectos directos entre ambas, así como en relación al apoyo social y a acontecimientos vitales estresantes previos.

Por su parte, Abdollahi, Abu Talib y Motalebi (2015) obtuvieron resultados que reforzaron la importancia de la inteligencia emocional como un

factor que facilita la felicidad en la población adolescente y por tanto, que les previene de la depresión.

En pacientes deprimidos y sus cuidadores principales, se ha observado que la calidad de vida está fuertemente influido por la IE y las estrategias de afrontamiento que se dispongan (Boyer et al., 2017).

En un estudio con población mayor española, se encontró una asociación positiva entre el desempeño emocional de los adultos mayores y la sintomatología depresiva. Los resultados sugirieron que altos niveles de competencia emocional en estas personas, generaban una sensación de eficacia emocional que les protegía de síntomas depresivos (Luque-Reca, Augusto-Landa y Pulido-Martos, 2016).

3.6.2. Inteligencia emocional y ansiedad

Se han encontrado correlaciones entre ansiedad general y social con bajos niveles de IE percibida (Gohm y Clore, 2002).

Por otro lado, Latorre y Montáñez (2004) encontraron que los niveles de ansiedad y el número de síntomas informados era menor cuando la claridad y regulación emocional eran altas, de modo que las variables emocionales parecían ser importantes mediadoras en el afrontamiento de situaciones conflictivas y estresantes.

Siguiendo a Mennin, Heimberg, Turk y Fresco (2005), los sujetos con TAG presentaban elevados niveles de dificultades para identificar y describir emociones, obteniendo los sujetos clínicos menores puntuaciones en claridad emocional y regulación del estado de ánimo con respecto al grupo control.

En relación a la ansiedad social, Summerfeldt, Kloosterman, Anthony y Parker (2006) encontraron que la IE era el principal predictor de ajuste interpersonal. Por otro lado, Nolidin (2006) refirió que el control emocional era un factor predictor de la ansiedad en las interacciones sociales, tras controlar la depresión y ansiedad general. De modo que se evidenció la importancia de las capacidades que conformaban la IE de cara al adecuado funcionamiento interpersonal del individuo. En esta misma línea se sugirió que el procesamiento emocional adecuado podía mitigar el impacto de la Fobia social (Jacobs et al., 2008). Estos autores realizaron un estudio que trató de relacionar el nivel de ansiedad en la Fobia social con el nivel de inteligencia emocional. La muestra estaba compuesta por 28 sujetos con Fobia social y un

grupo de control. Se utilizó el MSCEIT de Mayer, Salovey y Caruso (2002) para medir la IE. Los autores encontraron una asociación entre ambos factores, en concreto, hallaron una relación inversa entre el nivel de ansiedad social y el nivel de IE experiencial entendido como la capacidad para percibir emociones en uno mismo y los demás, generar, usar y sentir emociones así como la capacidad de comunicar sentimientos y emplearlos en otros procesos cognitivos. Continuando con la línea de este último estudio, Summerfeldt, Kloosterman, Antony, McCabe y Parker (2011) continuaron tratando de dilucidar la relación entre varios trastornos de ansiedad y la IE. De este modo, en una muestra clínica de 298 individuos formada por personas que presentaban Fobia social, Trastorno de pánico o Trastorno obsesivo-compulsivo, y utilizando un grupo de control, trataron de asociar estas variables con la IE. Los resultados apuntaban a que las competencias relacionadas con la comprensión de nuestras propias emociones eran factores importantes a la hora de desarrollar trastornos mentales de tipo ansioso. Por su parte, Abdollahi y Abu Talib (2016) encontraron que la inteligencia emocional era un factor que podía influir en la Fobia social.

En un estudio realizado con población estudiantil, se encontraron que las puntuaciones más altas en los rasgos de IE se asociaron con las puntuaciones más bajas de ansiedad ante los exámenes (Ahmadpanah et al., 2016).

Weaving, Orgeta, Orrell y Petrides (2014), encontraron que la IE rasgo jugaba un papel importante en la predicción de la ansiedad en los cuidadores de pacientes con demencia.

3.6.3. Inteligencia emocional y adicciones

Los bajos niveles de inteligencia emocional también se han asociado con problemas en el control de los impulsos (Hansen, Lloyd y Stough, 2009). Son diversos los estudios que apoyan la relación existente entre abuso de sustancias y baja inteligencia emocional. Los individuos con altas puntuaciones en inteligencia emocional interpersonal quizás sean más capaces de resistirse a comportamientos como consumo de tabaco y alcohol, lo cual puede contribuir a explicar las asociaciones negativas encontradas entre inteligencia emocional y estos comportamientos (Austin, Saklofske, y Egan,

2005; Trinidad y Johnson, 2002; Tsaousis y Nikolaou, 2005; citado en Saklofske, Austin, Galloway y Davidson, 2007).

Kaur, Schutte y Thorseinsson (2006) encontraron relación entre bajos niveles de inteligencia emocional y bajos niveles de percepción de autoeficacia en el control del Juego patológico. Estudios anteriores ya señalaban la importancia de la relación entre bajos niveles de optimismo y bajos niveles de inteligencia emocional (Schutte et al., 1998). Los déficits en capacidades como identificación de emociones, el uso de las emociones para facilitar la toma de decisiones y la capacidad para regular emociones parecen contribuir al desarrollo de problemas con el juego.

Por su parte, Kun y Demetrovics (2010), en una revisión sistemática sobre la IE y las adicciones, encontraron que los niveles más bajos de IE se asociaban con el tabaquismo más intenso, el consumo de alcohol y el uso de drogas ilegales. Los dos componentes de la IE que desempeñaban un papel clave en las adicciones eran la decodificación y diferenciación de las emociones y la regulación emocional.

Asimismo, la IE se asoció con menor consumo de drogas y mejores estrategias para la vida diaria entre población adolescente (Resurrección, Salguero y Ruiz-Aranda, 2014).

3.6.4. Inteligencia Emocional y Rasgos de la Personalidad

Las relaciones entre la inteligencia emocional y la personalidad han sido ampliamente estudiadas, especialmente en base a la teoría de los cinco grandes rasgos de personalidad.

Debido a que esta tesis se centra en la escala de evaluación MSCEIT de ejecución de inteligencia emocional, se presentan los estudios que relacionan estas medidas con factores de personalidad.

Lopes, Salovey y Straus (2003) realizaron un estudio en el que trataron de analizar la relación entre la inteligencia emocional, la inteligencia verbal y los cinco factores de personalidad. La IE fue medida tanto con la prueba de autoinforme TMMS como con la prueba de ejecución MSCEIT. Los resultados mostraron que el MSCEIT poseía un solapamiento limitado con la escala de los cinco factores de personalidad y con la inteligencia verbal. El manejo de las emociones correlacionaba positivamente con amabilidad y responsabilidad, y negativamente con apertura a la experiencia. El hecho de que ambos, el

MSCEIT y los cinco grandes predijeran la satisfacción con las relaciones en la vida, sugería que las capacidades emocionales y la personalidad eran necesarias para entender la adaptación social y emocional. El patrón general de bajas relaciones encontradas en el estudio entre inteligencia emocional como un set de capacidades y los cinco grandes han sido replicados en otros estudios (Brackett y Mayer, 2003; Ciarrochi, Chan y Caputi, 2000). El solapamiento entre las medidas de autoinforme de la IE y las medidas de personalidad ha hecho que diversos autores cuestionaran la validez del constructo (Davies, Stankov y Roberts, 1998; Dawda y Hart, 2000). En este estudio se encontraron correlaciones entre el TMMS y los cinco grandes mayores que con el MSCEIT.

Recientemente, Pérez-González y Sánchez-Ruiz (2014), analizaron la correlación entre los diversos factores de la IE rasgo y los cinco grandes de personalidad. Este estudio mostró altas correlaciones negativas entre la IE rasgo y neuroticismo, así como bajas correlaciones con amabilidad.

En el meta-análisis llevado a cabo por Van der Linden et al. (2017) se halló que existía una fuerte relación entre la personalidad y la IE rasgo, así como una correlación positiva pero más moderada entre la personalidad y la IE como capacidad.

La carencia de capacidades emocionales podría relacionarse con casi todos los trastornos de personalidad. La evitación del contacto social se encuentra en las personalidades esquizoides y esquizotípicas, además, se observa una baja capacidad de regulación emocional en personalidades esquizotípicas (Kerns, 2005). La falta de empatía se halla en sujetos con personalidad antisocial. La impulsividad y el exceso de emociones negativas en los trastornos límite e histriónico. La inhibición de la expresión emocional en los trastornos obsesivo-compulsivos. La hipersensibilidad a la crítica y falta de autoestima en los trastornos de personalidad por dependencia o evitación (Oberst y Lizeretti, 2004).

Cuando se pone en relación los efectos de los rasgos de personalidad narcisistas y la inteligencia emocional en cuanto a la popularidad en las redes sociales, se encuentra que las personas con elevado narcisismo eran populares, pero aumentaron menos en popularidad en el tiempo que las personas con menor narcisismo. En contraste, las personas emocionalmente inteligentes aumentaron más en popularidad en el tiempo que las personas menos inteligentes emocionalmente. Estos efectos se producen controlando la

autoestima explícita e implícita. Por lo que se sugiere que el narcisismo es bastante desventajoso y que la inteligencia emocional es ventajosa para la popularidad a largo plazo (Czarna, Leifeld, Smieja, Dufner y Salovey, 2016).

3.6.5. Inteligencia Emocional y otras patologías psiquiátricas

En un estudio reciente se vio que los adultos con TDAH presentan déficit en el reconocimiento, regulación y expresión emocional (Quintero, Vera, Morales, Zuluaga y Fernández, 2017).

En los que se refiere a la agresividad se vio que las habilidades emocionales tienen un importante papel explicativo en las conductas agresivas físicas, y no tanto en la agresividad verbal (García-Sancho, Salguero y Fernández-Berrocal, 2017).

Por último en lo referente a conductas suicidas en un reciente estudio se ha encontrado que la IE percibida era la variable mediadora en las relaciones encontradas entre bajas puntuaciones en satisfacción con la vida y niveles más altos de conductas suicidas (Extremera y Rey, 2016).

Como queda de manifiesto a lo largo de este apartado, la IE es un constructo relevante en el campo de la salud mental, por lo que se hace necesaria su investigación. Autores como Hansen, Lloyd y Stough (2009) destacaron la necesidad imperiosa de llevar a cabo estudios en este ámbito, ya que por el momento, son escasos aquellos que utilizan muestras clínicas.

3.7. RESUMEN

En este capítulo se han presentado los antecedentes históricos del concepto de Inteligencia emocional y la evolución del propio concepto. Se ha descrito por un lado la emoción, sus funciones y el proceso emocional, y por otro, la inteligencia, con sus diferentes modelos. Tras exponer la evolución de la IE, los principales modelos de ésta, se han presentado diferentes instrumentos y modos de medición. Posteriormente se ha revisado de forma resumida la IE en salud mental, en concreto en las patologías donde se han realizado mayor número de investigaciones: depresión, ansiedad, adicciones y trastornos de la personalidad.

Capítulo 4

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

El interés investigador en el ámbito de la Inteligencia Emocional (en adelante, IE) en salud mental es de crecido aumento. En concreto, en el Trastorno Bipolar (en adelante, TB) se han realizado numerosos estudios acerca de cómo es la Percepción emocional en este grupo de pacientes, donde se han encontrado algunas discrepancias. Parece que estos pacientes presentan dificultad en el reconocimiento facial de emociones, encontrándose estos déficits ya en la etapa infanto-juvenil. Gran parte de estos estudios se enmarcan dentro de una conceptualización neuroanatómica de la capacidad de Percepción emocional.

En este capítulo, además se profundiza en describir cómo es el procesamiento emocional en los sujetos con TB, la regulación emocional, así como las estrategias de autorregulación afectiva que utilizan.

4.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

La percepción emocional es una de las variables que componen el constructo de Inteligencia emocional. Se trata de la capacidad para identificar las emociones en uno mismo y en otros. Los pacientes con Trastorno Bipolar (TB, en adelante), parecen presentar un déficit en percepción emocional aunque los resultados no son concluyentes.

Venn et al. (2004) no encontraron evidencia concluyente de déficit en el reconocimiento de expresiones faciales en pacientes con TB eutímicos, ya que no observaron diferencias en su rendimiento en tareas de percepción facial, en comparación con un grupo control. Pocos años más tarde, sólo se empezaba a referir enlentecimiento en la latencia de respuesta ante estímulos emocionales en estos pacientes. Así, Malhi et al. (2007) analizaron el reconocimiento facial de las emociones de miedo y asco en pacientes con TB eutímicos en comparación con controles sanos. Encontraron que, aunque eran igualmente precisos en la identificación de ambas expresiones faciales, eran más lentos para responder ante ambas emociones. Los autores postularon que la disfunción de la red prefrontal-subcortical (regiones límbicas) estaba alterada en el caso de los pacientes con TB clínicamente eutímicos, aunque estos fueran capaces de identificar de manera precisa y eficaz emociones como el miedo y el asco.

En cuanto a las diferencias según el sexo, Vaskinn et al. (2007) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en percepción emocional en relación al sexo en pacientes con TB, pese a que en muestras de pacientes no clínicos, las mujeres obtenían mejores resultados que los varones.

Posteriormente, Rocca, Heuvel, Caetano y Lafer (2009) llevaron a cabo una revisión, en la que constataron que los pacientes con TB presentaban un deterioro en el reconocimiento de las emociones de disgusto, miedo y tristeza, que podía relacionarse, en parte, con el estado de ánimo. En los episodios de manía presentaban mayor dificultad para reconocer el miedo y el asco. Por otro lado, los pacientes con TB eran más precisos en el reconocimiento de las emociones que los pacientes depresivos unipolares y los esquizofrénicos. Los niños con TB presentaban una mayor tendencia indicar que expresiones

faciales emocionales intensas, eran de magnitud más bien moderada o leve. En esta misma línea, Kohler, Hoffman, Eastman, Healey y Moberg (2011) realizaron un meta-análisis acerca de la percepción emocional en personas con depresión y con TB. El estudio reveló un déficit moderado en la percepción emocional tanto en el TB como en el Trastorno depresivo mayor, independientemente del tipo de tarea, edad de inicio, duración de la enfermedad, sexo y estado de hospitalización. Los factores que moderaban el deterioro observado fueron los niveles de depresión, la edad en el momento del estudio y los años de formación educativa. Por tanto, los déficits en percepción emocional en el TB representaban una dificultad de magnitud moderada y de características estables, que parecía estar influida por un número limitado de factores demográficos y clínicos.

En relación a la neuroanatomía implicada en la percepción emocional, Olsavsky et al. (2012) encontraron que tanto los sujetos con TB como aquellos jóvenes con familiares de primer grado con TB presentaban una hiperactivación de la amígdala cuando observaban rostros temerosos y felices.

En cuanto a la identificación facial de emociones concretas, Goghari y Sponheim (2013) encontraron que los pacientes con TB presentaban dificultades en el reconocimiento de expresiones faciales de ira y miedo en comparación con el grupo control. Sin embargo, Samamé, Martino y Strejilevich (2015) no encontraron diferencias estadísticamente significativas en el reconocimiento facial emocional entre pacientes con TB y grupo control en relación a las emociones felicidad, tristeza y enfado. Estos autores utilizaron el Test MSCEIT y hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el no clínico en relación al rendimiento en Inteligencia emocional, con peores puntuaciones para los pacientes con TB. En concreto, en relación a la emoción de felicidad, De Brito Ferreira Fernandes et al. (2016) analizaron la incidencia de déficit en el reconocimiento facial de emociones en pacientes con TB eutímicos, sus familiares de primer grado y controles sanos, con el objetivo de discriminar si estos déficits ya observados en otros estudios se podrían considerar un candidato a endofenotipo para pacientes con TB. Encontraron que los pacientes con diagnóstico de TB presentaban significativamente menos respuestas correctas y un aumento significativo del tiempo de respuesta al reconocer caras felices, en comparación con el grupo control. Los familiares de primer grado no presentaban diferencias estadísticamente significativas con el grupo control en ninguna de las tareas

de reconocimiento de emociones que se les planteaba, por lo que estos autores no hallaron evidencias para considerar que el déficit en el reconocimiento facial de emociones sea un candidato a endofenotipo en el TB. En este contexto, Vierck, Porter y Joyce (2015) estudiaron las diferencias en reconocimiento de emociones faciales en pacientes con TB, sus familiares de primer grado y controles sanos. Los resultados reflejaron una disminución en el reconocimiento de la emoción tanto para el grupo de pacientes con TB como para sus familiares. No se encontraron diferencias en el rendimiento en relación a emociones específicas.

Otro aspecto estudiado ha sido la estabilidad en la percepción emocional de emociones concretas. Martino, Samamé y Strejilevich (2016) analizaron el desempeño en el reconocimiento facial de las seis emociones básicas (sorpresa, ira, tristeza, felicidad, asco y miedo) en pacientes con TB durante un período de seguimiento de casi siete años y encontraron que había estabilidad en este componente de la Inteligencia Emocional.

Van Rheenen y Rossell (2013) estudiaron el rendimiento en identificar la prosodia emocional en pacientes con TB frente a controles sanos. Hallaron que el grupo clínico presentaba una menor capacidad en el reconocimiento de entonaciones felices, algo que era más específico en hombres que en mujeres. Por ello, apuntaron a la existencia de una ventaja femenina para el procesamiento de la prosodia emocional en pacientes con TB.

Algunos estudios han tenido en cuenta la presencia de síntomas psicóticos en el TB o han comparado pacientes con esquizofrenia frente a bipolares, en relación a la percepción emocional. En esta línea Thaler et al. (2013) analizaron las diferencias en percepción emocional en sujetos con TB con síntomas psicóticos frente a pacientes con TB sin síntomas psicóticos. Encontraron que el grupo de pacientes con TB con síntomas psicóticos asignaba erróneamente estímulos visuales neutros como negativos. Daros, Ruocco, Reilly, Harris y Sweeney (2014) estudiaron el reconocimiento emocional en pacientes con TB cuando tenían síntomas psicóticos y cuando éstos remitían. Durante el episodio psicótico, encontraron que los pacientes con TB mostraron un déficit en el reconocimiento de expresiones faciales de felicidad y tristeza, y que este déficit no se resolvió en el período de estabilidad clínica. Por su parte, Rowland, Hamilton, Vella, Lino, Mitchell y Green (2013) compararon la capacidad de percepción emocional en pacientes con diagnóstico de TB, con esquizofrenia y un grupo control. Encontraron que los

pacientes con TB presentaban un mejor rendimiento que los pacientes con esquizofrenia en la tarea de reconocimiento de la emoción facial, pero eran más propensos a percibir culpa y utilizaban en menor medida estrategias de reevaluación cognitiva, en comparación con el grupo control.

Russo et al. (2015) estudiaron si la presencia de un trauma en la infancia de pacientes con TB tenía relación con el rendimiento de estos pacientes en tareas de reconocimiento de emociones faciales. Encontraron que la presencia de un trauma se asociaba con una presentación clínica más grave, consistente en un inicio más temprano de la enfermedad, mayor duración de la misma y un mayor índice de síntomas depresivos. Además, los pacientes con TB con una historia de abandono emocional infantil presentaban un menor rendimiento en el reconocimiento facial de la ira, que aquellos sin estos acontecimientos vitales.

En cuanto a la relación entre la percepción emocional y el tratamiento farmacológico, Bilderbeck, Atkinson, Geddes, Goodwin, y Harmer (2016) encontraron que los pacientes en tratamiento con litio y con antipsicóticos presentaban una precisión significativamente menor en el reconocimiento de caras de enfado. Los niveles más altos de síntomas depresivos se relacionaron con una menor precisión en la identificación de caras felices, lo que indica la existencia de un sesgo negativo congruente con el estado de ánimo asociado con los síntomas depresivos en pacientes con TB. Los autores concluyeron que el uso de litio y de antagonistas de la dopamina podrían estar asociados con un procesamiento reducido de señales de ira.

Tabak et al. (2015) encontraron que tanto pacientes con esquizofrenia como con TB informaban de una IE percibida significativamente más baja que los controles, y sin diferencias entre sí. Además, observaron que una mejor IE percibida correlacionaba con un mejor funcionamiento social en el grupo de pacientes con TB.

4.2. PERCEPCIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

El funcionamiento de la percepción emocional en población infanto-juvenil con TB también ha sido objeto de estudio. Pavuluri, O'Connor, Harral y Sweeney (2007) realizaron un estudio con niños diagnosticados de TB observando que presentaban una hipoactivación de la corteza prefrontal

ventrolateral rostral derecha, junto con una hiperactivación de amígdala y corteza paralímbica en respuesta a caras enojadas y felices, respecto a las caras neutrales. Los pacientes con TB también mostraron una activación reducida de las áreas visuales de la corteza occipital junto con una mayor activación en las áreas perceptivas visuales de mayor orden, incluyendo surco temporal superior y giro fusiforme para caras enojadas y corteza parietal posterior para caras felices. Por tanto, estos hallazgos parecen documentar una alteración en el neurocircuito afectivo en el TB pediátrico.

Schenkel, Pavuluri, Herbener, Harral y Sweeney (2007) analizaron el reconocimiento facial emocional en niños con TB frente a grupo control en base a tareas de identificación y diferenciación de expresiones faciales. Hallaron que, independientemente del estado clínico de los pacientes y del tratamiento seguido, los sujetos con TB mostraban deficiencias marcadas en la capacidad de identificar correctamente las expresiones faciales felices y tristes que eran emocionalmente intensas, tendiendo a juzgar incorrectamente las expresiones faciales extremas como de intensidad moderada a leve.

Kim et al. (2013) estudiaron el procesamiento de la emoción facial en niños con TB, encontrando que, en comparación con el grupo control, los niños con TB pasaban menos tiempo mirando a los ojos y hacían menos fijaciones oculares a través de las expresiones emocionales. Asimismo, hallaron relación entre el etiquetado emocional y la fijación ocular, debido a que disminución de la fijación ocular correlacionaba con una menor precisión en el etiquetado emocional en los niños con TB.

En cuanto a estudios con adolescentes con TB, Shankman, Katz, Passarotti y Pavuluri (2013) encontraron que los chicos con TB identificaron erróneamente rostros tristes, miedosos y neutrales con más frecuencia que los controles. Las niñas con TB identificaban peor las caras muy enfadadas que las niñas del grupo control. Controlando algunas variables mediadoras, encontraron que la irritabilidad influía de manera significativa en las diferencias dentro del grupo de pacientes con TB en relación al reconocimiento de emociones. Posteriormente, Bozorg, Tehrani-Doost, Shahrivar, Fata y Mohamadzadeh (2014) hallaron un déficit significativo en el reconocimiento de las emociones en general, que fue más prominente para las caras de enojo. Su tiempo de respuesta para reconocer las expresiones faciales fue más largo en comparación con los individuos normales. Esta diferencia fue significativa en el reconocimiento de las caras felices y neutrales. Por lo que este estudio

sugirió un reconocimiento inexacto de las expresiones faciales en los adolescentes con TB, en particular para la ira, así como lentitud en la detección de las emociones, especialmente la felicidad.

En niños y adolescentes, se ha estudiado también la relación entre el rendimiento en percepción emocional y los antecedentes de TB familiar. Brotman, Guver y Lawson (2008) encontraron que los adolescentes con TB y aquellos con antecedentes familiares de primer grado de este trastorno, cometían más errores en la identificación de emociones faciales que el grupo control. El número de errores no difería significativamente entre los grupos de pacientes con TB y el grupo de riesgo de padecer este trastorno. Por su parte, Sharma et al. (2017) estudiaron el rendimiento en reconocimiento facial de emociones en hijos de pacientes con TB e hijos de controles sanos, observando que la descendencia de adultos con TB tipo I cometía más errores tanto en el reconocimiento general de expresiones emocionales faciales como en el reconocimiento específico del miedo en comparación con los hijos de controles sanos.

4.3. REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

La regulación emocional es otra variable que forma parte del constructo Inteligencia emocional. Se define como la capacidad para manejar las emociones en uno mismo y en otros.

En relación a este componente de la Inteligencia emocional en los pacientes con TB, Van Rheenen, Murray y Rossell (2015) estudiaron la regulación emocional en un grupo de pacientes con TB frente a un grupo control. Sus resultados indicaron que el grupo clínico presentaba dificultades en la regulación de la emoción. En concreto, una dificultad para el control de los impulsos era un factor que predisponía para los episodios de manía en los pacientes con TB, mientras que el acceso pobre a las estrategias de regulación del estado de ánimo predecía la propensión a episodios depresivos.

En cuanto a la regulación emocional y su neuroanatomía, Morris, Sparks, Mitchell, Weickert y Green (2012) realizaron un estudio para comparar las áreas de activación durante la regulación emocional en pacientes con Trastorno Bipolar frente a pacientes con Esquizofrenia y grupo control. Observaron que en los pacientes con TB se producía una hiperactividad anormal en la corteza prefrontal ventrolateral derecha durante la regulación emocional en comparación con el grupo control, tras sentimientos de afecto

negativo. En relación a las diferencias entre los pacientes con TB y aquellos con Esquizofrenia, lo que más destacó fue que el grupo de pacientes con TB se caracterizó un control ineficaz sobre las regiones límbicas durante la regulación de la emoción, mientras que el grupo de pacientes con Esquizofrenia se caracterizó por una aparente incapacidad para activar la corteza prefrontal (hipofrontalidad) y las regiones límbicas, durante la autorregulación emocional. Wessa, Kanske y Linke (2014) estudiaron la disregulación emocional en pacientes con TB y sujetos sanos en riesgo de desarrollar TB en base a neuroimagen funcional y estructural. Encontraron una alteración de la actividad orbitofrontal y límbica, una reducción de la conectividad entre las regiones prefrontal dorsolateral y sistema límbico, así como una reducción en la integración de los tractos de fibras que conectan estructuras cerebrales prefrontales y subcorticales, tanto en pacientes con TB como en las personas con alto riesgo de padecer esta enfermedad. Corbalán, Beaulieu y Armony (2015) analizaron la disregulación emocional en pacientes con TB tipo I en fase de eutimia y los compararon con un grupo control. Encontraron, que el grupo clínico, a diferencia del otro, involucraba en los procesos de regulación emocional a la corteza prefrontal ventrolateral, además, los pacientes no mostraban una reducción de la activación de la amígdala en la condición de disminución de estimulación negativa, algo que sí se observaba en el grupo control.

Green, Cahill y Malhi (2007) encontraron que en los pacientes con TB se producía un aumento de la actividad límbica durante los procesos de percepción y facilitación emocional, junto a un déficit en funciones ejecutivas por un deterioro a nivel neurofisiológico en la corteza prefrontal. Esto podría explicar parte de la alteración en los procesos de regulación emocional. Estos autores propusieron que las variaciones del estado de ánimo tan características en el TB sean dificultades específicas en el control cognitivo de la emoción.

En los estudios en los que se ha tenido en cuenta la regulación emocional y aspectos psicosociales, se ha puesto de relieve la importancia del contexto social en este proceso. De este modo, Van Rheenen y Rossell (2014) analizaron la influencia de la regulación emocional sobre el funcionamiento psicosocial en pacientes con TB. Encontraron que la falta de regulación de las emociones es perjudicial para el funcionamiento psicosocial de estos pacientes. Indicaron por tanto que la cognición social y la regulación

emocional eran dos factores importantes en la predicción del resultado psicosocial en personas con TB. Posteriormente, Kjaerstad et al. (2016) compararon pacientes con trastorno bipolar frente a pacientes con depresión unipolar y sus resultados mostraron una capacidad reducida para regular las respuestas emocionales negativas en escenarios sociales negativos, pero no positivos, en relación a controles sanos y pacientes con depresión unipolar. Este estudio puso de relieve la importancia del escenario social como prueba sensible en el estudio de la detección de dificultades en regulación emocional en pacientes con TB.

En lo referente a la regulación emocional en el TB pediátrico, Dickstein y Leubenluft (2006) encontraron datos que apoyaban que los niños y adolescentes con TB diferían de aquellos sin psicopatología en medidas de regulación emocional. Estos autores señalaron un circuito neural que abarcaría corteza prefrontal, amígdala y estriado en la fisiopatología del TB pediátrico. Por su parte, años más tarde, Tseng, Guyer, Briggs-Gowan et al. (2015) en base a la penetrancia familiar del TB, diseñaron un estudio para evaluar la regulación emocional en preescolares con riesgo de tener un TB (aquellos que tenían familiares de primer grado con este diagnóstico) frente a preescolares de bajo riesgo (niños con antecedentes familiares psiquiátricos de este tipo). Encontraron que los niños con alto riesgo de TB presentaban significativamente mayores problemas de modulación de la ira y de autorregulación emocional que el grupo de bajo riesgo. Además, los niños con alto riesgo, eran más propensos a presentar trastornos tanto internalizantes como externalizantes (por ejemplo, Trastorno negativista desafiante).

4.4. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

Las estrategias de regulación emocional son aquellos mecanismos que las personas ponen en marcha para volver a un estado de estabilidad emocional cuando se encuentran con emociones extremas que les provocan malestar, o no son adaptativas en un determinado momento.

Gruber, Harvey y Gross (2012) analizaron el uso de estrategias específicas de regulación emocional en pacientes con TB tras visualizar tres películas, una con contenido neutro, otra que podría provocar más bien emociones de felicidad y una tercera de tristeza. Los resultados indicaron que

los sujetos con TB hicieron un mayor uso de estrategias de supresión espontánea y revaloración, en comparación con el grupo control. Asimismo, también informaron de mayor esfuerzo y menor éxito para regular espontáneamente las emociones. Wolkenstein, Zwick, Hautzinger y Joormann (2014) estudiaron las estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizaban pacientes con TB eutímicos, pacientes con Trastorno depresivo mayor y sujetos control. En comparación con el grupo control, encontraron que el grupo de TB eutímicos y el grupo de pacientes con Trastorno depresivo mayor, hacían un mayor uso de pensamientos rumiativos, interpretación catastrófica, tendencia a autoculparse, junto con una disminución en el uso de la reevaluación positiva y la relativización. No se hallaron diferencias entre los dos grupos clínicos. Gruber, Hay y Gross (2014) examinaron la regulación emocional y la reevaluación cognitiva en pacientes con TB tipo I, en comparación con controles sanos, observando que la reevaluación estaba asociada con reducciones en la reactividad emocional a través de los dominios subjetivos (por ejemplo, positivo y negativo), conductuales (por ejemplo, expresiones faciales positivas) y fisiológicos (por ejemplo, conductancia de la piel) en toda la muestra del estudio. De modo que la reevaluación podría ser una estrategia de regulación emocional eficaz tanto para las emociones negativas como para las positivas tanto en adultos sanos como en personas con TB. Johson, Tharp, Peckham y McMaster (2016) encontraron que el TB tipo I estaba ligado especialmente a elevaciones en emoción negativa. En concreto, la menor funcionalidad de estos pacientes se observó en aquellos con alta emoción negativa, baja emoción positiva y alta supresión emocional. La puesta en marcha de la estrategia de reevaluación emocional predecía disminuciones de fases depresivas en estos pacientes.

Cuando se ha estudiado la puesta en marcha de estrategias de regulación emocional en sujetos que no tenían diagnóstico de TB, pero sí que tenían vulnerabilidad a padecer esta enfermedad, los resultados apuntaron a una deficiente capacidad de autorregularse en base a estrategias cognitivas. Así, Heissler, Kanske, Schönfelder y Wessa (2014) investigaron la regulación emocional en sujetos con alta vulnerabilidad a padecer TB, en base a un indicador de hipomanía. Encontraron mayor reactividad emocional y deficiente regulación emocional en sujetos con riesgo de padecer TB, en comparación con controles sanos. En este estudio, los autores apuntaron la ineficacia de la

regulación emocional en base a estrategias de reevaluación o distracción en este tipo de pacientes.

Algunos autores han investigado estrategias de regulación emocional concretas y sus correlatos neuroanatómicos. En esta línea, Kanske, Schönfelder, Forneck y Wessa (2015) analizaron el uso de dos estrategias de regulación emocional, la reevaluación y la distracción durante la presentación de imágenes con contenido emocional. Tanto los sujetos diagnosticados de TB como sus familiares de primer grado mostraron una disminución de la regulación de la actividad de la amígdala durante la reevaluación, pero no durante la distracción, en comparación con los controles. Este déficit correlacionaba con el uso habitual de la reevaluación. La conectividad negativa que aparecía entre amígdala y corteza orbitofrontal durante la puesta en marcha de la reevaluación en los controles, se invertía en los pacientes con TB y sus familiares, sin diferencias estadísticamente significativas entre estos dos últimos grupos. De modo que los déficits en la regulación emocional a través de la reevaluación pueden representar anormalidades neurobiológicas hereditarias subyacentes en el TB.

Tal y como se está analizando en esta tesis doctoral, la diferenciación entre TB y TLP puede ser un desafío en muchos casos, debido a las características que pueden compartir, siendo la disregulación emocional la principal y más probable en ambos. Bayes, Parker y McClure (2016) evaluaron las diferencias en las estrategias de regulación emocional en pacientes solo con TB, sólo con TLP y en pacientes con ambas comorbilidades. Los resultados mostraron un mayor deterioro en las estrategias de regulación emocional en el grupo comórbido, seguido por el grupo de TLP. Los déficits específicos en el grupo comórbido incluyeron impulsividad y dificultades en el comportamiento dirigido a una meta. Las estrategias de regulación emocional adaptativas fueron mayores en el grupo de pacientes con TB.

4.5. PROCESAMIENTO EMOCIONAL EN EL TRASTORNO BIPOLAR

La emoción implica un sistema de procesamiento que pretende dar respuesta lo más rápido posible y de forma adaptativa, teniendo en cuenta la intensidad de las propias demandas. Este proceso emocional se puede dividir en las siguientes fases: 1) Evaluación de una situación antecedente, 2)

cambios fisiológicos, 3) expresión motora, 4) efectos motivadores con tendencia a la acción, 5) sentimientos subjetivos y 6) afrontamiento.

Van Rheenen y Rossell (2014) analizaron el procesamiento emocional en pacientes con TB frente a un grupo control. Se basaron en tareas de procesamiento de emociones faciales. Sus resultados indicaron que los pacientes con TB tenían un deterioro pequeño, pero consistente, en el procesamiento de las emociones en general. Este déficit no varió en función de emociones, tareas o gravedad clínica específica entre grupos, y tampoco estaba influido por el estado de ánimo de los participantes. Ryan et al. (2013) encontraron que aquellos pacientes con TB que estaban en situación de desempleo o incapacitados para el trabajo, presentaban mayores dificultades en el procesamiento emocional y en tareas ejecutivas que los pacientes que trabajaban.

Cuando se ha estudiado la neuroimagen del procesamiento emocional en pacientes con TB, se han encontrado diversas áreas implicadas, con un patrón de hipo o hiperactivación característico. Keener et al. (2012) estudiaron la neuroimagen del procesamiento emocional en pacientes con TB tipo I y encontraron que durante el procesamiento emocional, los individuos eutímicos con TB mostraron una actividad significativamente mayor de la amígdala. Asimismo, hallaron una actividad cortical prefrontal aumentada en estos sujetos ante el procesamiento de la emoción de felicidad. Por tanto, estos hallazgos sugieren posibles anomalías funcionales en regiones clave (amígdala y corteza prefrontal medial) en el procesamiento emocional-social. Brotman, Tseng y Olsavsky (2014) en un estudio utilizando Resonancia Magnética Funcional, encontraron que los pacientes con TB presentaban una disfunción en amígdala, giro frontal inferior, corteza cingulada anterior y putamen durante el procesamiento de información emocional. En concreto, hallaron una hiperactivación de la amígdala en estos pacientes mientras procesaban caras neutras, otorgándoles valencia negativa a las expresiones emocionales. Favre, Polosan, Pichat, Bougeroly y Baciú (2015) analizaron el procesamiento emocional en pacientes con TB en estado eutímico, hallando un procesamiento disfuncional del conflicto emocional, lo cual parecía estar sustentado por una actividad anormal y una conexión anormal con la corteza prefrontal dorsolateral derecha durante el conflicto, lo que a su vez conducía a la no desactivación de la amígdala durante la resolución del conflicto. Para estos autores, la disregulación emocional en los pacientes con TB estaría respaldada

por una falta de control cognitivo de arriba hacia abajo y una dificultad para concentrarse en la tarea debido a la persistente autofocalización atencional. Tseng et al. (2016) apuntaron una deficiente conectividad entre amígdala y corteza prefrontal ventromedial, así como la disfunción neural en giro frontal medial, que es el área implicada en la evaluación y expresión emocional. Estas áreas podrían ser las responsables del deficiente procesamiento emocional en pacientes con TB. En un reciente estudio, Hafeman et al. (2017) encontraron que durante el procesamiento emocional, la conectividad funcional era anormal entre la amígdala y las regiones de la corteza prefrontal ventral, no estando influido por la presencia de comorbilidad psiquiátrica o uso de psicofármacos.

Cuando se ha analizado la neuroanatomía implicada en el procesamiento emocional de pacientes con TB en edad pediátrica, se han encontrado déficits en la conectividad de zonas ya apuntadas en los estudios con población adulta. Rich et al. (2008) estudiaron a adolescentes diagnosticados de TB y encontraron que en comparación con el grupo control, los chicos con TB presentaron una reducción significativa de la conectividad entre amígdala izquierda y las regiones del cíngulo posterior derecho, giro fusiforme derecho y giro hipocampal. Los déficits eran evidentes independientemente del estado de ánimo y de los diagnósticos comórbidos. Los jóvenes con TB mostraban una conectividad deficiente entre amígdala y regiones temporales implicadas en el procesamiento de las expresiones faciales y estímulos sociales. Pavuluri, Passarotti, Harral y Sweeney (2009) utilizaron neuroimagen funcional para investigar las disfunciones de los circuitos afectivos que subyacen a las alteraciones en el procesamiento emocional y la reactividad emocional en el TB pediátrico. Estos autores señalaron que el aumento de la activación de la amígdala observada en estos pacientes durante el procesamiento emocional indicaba una reactividad emocional automática más intensa.

En lo referente a la neuroanatomía del procesamiento emocional en familiares de pacientes con TB, frente a los propios pacientes, Sepede et al. (2015) compararon el rendimiento en una tarea de emoción negativa en pacientes con TB tipo I eutímicos frente a familiares de primer grado no afectados. Ambos grupos compartieron una activación anormal del área límbica de la ínsula izquierda, junto con una activación reducida de la región parietal correspondiente al giro supramarginal derecho cuando llevaron a cabo

la tarea. Manelis et al. (2015) llevaron a cabo un estudio que señaló diferencias en los patrones de conectividad funcional dentro de los circuitos de procesamiento emocional facial, siendo estos anormales ya en los hijos de padres con TB, en comparación con aquellos hijos con padres no bipolares o controles sanos.

Van Rheenen y Rossell (2013) realizaron una revisión de la literatura en relación a la genética del TB y su relación con el procesamiento y regulación emocional. Encontraron que las variantes genéticas COMT y TPH2 contribuían a la susceptibilidad en la función neurocognitiva prefrontal anormal que supervisaba el procesamiento y regulación de la emoción en personas con TB.

Gruber, Harvey y Purcell (2011) investigaron la reactividad emocional y la recuperación emocional en el TB tipo I. Para ello, los participantes visualizaban fragmentos de películas y sus respuestas se comparaban con las de controles sanos. Los resultados indicaron que el TB se asociaba con un aumento de la reactividad emocional positiva, pero no con la recuperación emocional. Gruber, Purcell, Perna y Mikels (2013) pusieron en relación la memoria de trabajo con el mantenimiento de representaciones emocionales positivas y negativas en pacientes con TB tipo I. Encontraron que estos sujetos presentaban un déficit selectivo en el mantenimiento de las emociones negativas, pero no positivas, en comparación con pacientes con Trastorno depresivo mayor y grupo control. Por ello, estos autores postularon que la mayor magnitud y duración de la emoción positiva observada en los pacientes con TB, en parte, podría explicarse por las dificultades para mantener las emociones negativas en la memoria de trabajo.

4.6. RESUMEN

En este capítulo se han incluido las revisiones en relación a la IE en el TB. Así, en primer lugar se han presentado los principales estudios relacionados con la Percepción emocional tanto en población adulta como en población pediátrica. En segundo lugar se han especificado aquellos estudios relacionados con los procesos de Regulación emocional y los tipos de estrategias de autorregulación puestas en marcha por estos pacientes. Finalmente, se ha revisado cómo es el procesamiento emocional en los sujetos con TB.

Capítulo 5

INTELIGENCIA EMOCIONAL EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Una de las características principales de los sujetos con Trastorno Límite de la Personalidad (en adelante, TLP) es la inestabilidad emocional. En la base de ello podría estar una dificultad en los procesos de regulación o manejo emocional, es decir, un déficit en la persona para manejar sus emociones de forma apropiada. Esta función, junto con la percepción, la comprensión y la facilitación emocional, formaría el constructo Inteligencia emocional (en adelante, IE).

En las últimas décadas se han llevado a cabo numerosos estudios acerca de la implicación de la Inteligencia emocional en las distintas patologías del campo de la Salud mental, entre ellos, el TLP.

Los estudios se han centrado en aspectos como la empatía, la percepción o la regulación emocional. Una de las hipótesis que más se ha estudiado ha sido si la disregulación emocional tan característica en estos pacientes podría deberse a dificultades en el proceso de percepción emocional.

En este capítulo se profundiza en todo lo relativo a la IE en el TLP. Se explicarán los principales estudios relacionados con la percepción y regulación emocional. A continuación se señalarán las estrategias de regulación emocional encontradas, las estructuras neurobiológicas y los principales correlatos psicofisiológicos implicados en la etiopatogénesis de la disregulación emocional de estos pacientes.

5.1. PERCEPCIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La percepción emocional consiste en la capacidad de la persona para reconocer como se sienten otros individuos. Es uno de los componentes centrales en el concepto de IE.

En el TLP, se ha estudiado tanto como un proceso independiente como un proceso en estrecha relación con la regulación emocional. Diferentes estudios han revelado un patrón de alteraciones en el reconocimiento facial emocional en sujetos con TLP, tales como alteraciones sutiles en el reconocimiento de emociones básicas, un sesgo negativo hacia la ira o el disgusto y una mayor sensibilidad a la detección de emociones negativas. Otros sin embargo, no encuentran déficits en la percepción emocional en sujetos con TLP. Por ello, los estudios que analizan las capacidades de reconocimiento de emociones en el TLP han arrojado resultados inconsistentes hasta día de hoy.

En relación a los estudios que no han hallado déficits en la percepción emocional en este grupo de sujetos, se encuentra el de Wagner y Linehan (1999). Estos autores analizaron el reconocimiento de expresiones faciales de emoción en mujeres con diagnóstico de TLP ($n = 21$), mujeres con antecedentes de abuso sexual en la infancia sin diagnóstico actual o previo de TLP ($n = 21$) y mujeres sin antecedentes de abuso sexual o TLP ($n = 20$). El reconocimiento facial se evaluó mediante un conjunto de diapositivas de expresiones faciales de emoción y rostros neutrales, con un sistema de respuestas libres. Los resultados indicaron que los sujetos con TLP eran perceptores precisos de las emociones de los demás y mostraron una tendencia hacia una mayor sensibilidad en el reconocimiento de la emoción de miedo, específicamente. Por su parte, Lynch et al. (2006) analizaron la capacidad de sensibilidad emocional en sujetos con TLP mediante la

comparación de un grupo clínico (20 participantes con TLP) frente a otro de control sano (n=20), en relación a la exactitud en la identificación de expresiones emocionales. Se encontró que los sujetos con TLP eran más sensibles que los controles en la identificación de expresiones emocionales en general, independientemente de la valencia. Minzenberg, Poole y Vinogradov (2006) investigaron la percepción de expresiones emocionales en sujetos con TLP (n = 43), comparándolos con un grupo control (n = 27). Los resultados indicaron una capacidad normal en los pacientes para reconocer las emociones faciales o prosódicas aisladas, aunque encontraron déficits en el reconocimiento de estímulos emocionales integrados en el propio contexto social, lo cual relacionaron con las emociones y desconfianza y beligerancia que parecían acompañar a estos pacientes. En un meta-análisis llevado a cabo por Mitchell, Dickens y Picchioni (2014) se encontró que existía un sesgo de respuesta negativa a las expresiones faciales neutras y ambiguas en estos pacientes. Además, parecía haber también una mayor sensibilidad a las expresiones faciales de miedo y una alteración en el reconocimiento facial de la emoción de disgusto o enfado. No obstante, en este meta-análisis no se encontraron deficiencias significativas en el reconocimiento de emociones negativas entre los pacientes con TLP y los controles sanos.

En cuanto a los estudios que han observado déficits en la percepción emocional de los sujetos con TLP encontramos el llevado a cabo por ejemplo por Dyck et al. (2009). Estos autores estudiaron los déficits en el reconocimiento de emociones en 19 pacientes con TLP y 19 sujetos no clínicos mediante la evaluación del contenido emocional de estímulos presentados visualmente (rostros emocionales y neutros). Se encontró que en comparación con el grupo control, los sujetos con TLP mostraron un déficit en el reconocimiento de emociones en la discriminación rápida de expresiones faciales negativas y neutras. Los pacientes presentaban un sesgo negativo en la evaluación de expresiones faciales neutras. No obstante, cuando el tiempo de procesamiento era ilimitado, no se observaron diferencias significativas entre ambos grupos. Se podría plantear la idea de que si un estado elevado y constante de intensidad emocional influiría a la hora de identificar las diferentes expresiones emocionales en los demás y consecuentemente en la regulación emocional del sujeto. En este sentido, Wolff, Stiglmayr, Bretz, Lammers y Auckenthaler (2007) investigaron la identificación de las emociones en pacientes mujeres con TLP (n=30), en comparación con controles sanos

(n=28). Las pacientes mostraron dificultades pronunciadas en la identificación emocional. Además, los datos revelaron una relación significativa entre las dificultades en la identificación de las emociones y los niveles de tensión interna de carácter aversivo para los pacientes con TLP, pero no para los sujetos de grupo control. La incapacidad para identificar las diferentes emociones se ha considerado como un componente esencial en la disregulación emocional que afecta a los sujetos con TLP. Domes, Schulze y Herpertz (2009) proponen que la hiperreactividad emocional podría interferir en los procesos cognitivos de reconocimiento facial emocional, contribuyendo así al patrón específico que ellos encontraron, de alteración en el reconocimiento de emociones en el TLP. Daros, Zakzanis y Ruocco (2013) revisaron diez estudios realizados sobre reconocimiento facial emocional en pacientes con TLP. Se encontró que los pacientes con TLP fueron menos precisos que los controles en el reconocimiento de expresiones faciales de ira y disgusto, aunque su déficit más pronunciado fue en la identificación correcta de las expresiones faciales neutras (sin emoción), de modo que atribuían erróneamente emociones a rostros que representaban expresiones emocionales neutras. Los sesgos en su percepción emocional también se expresan en los niveles más bajos de intensidad emocional. Daros, Uliszek y Ruocco (2014) compararon a mujeres con TLP y controles no psiquiátricos. Se observó que las pacientes eran más propensas a percibir las expresiones faciales ligeramente tristes como más intensamente tristes, y esto no se podía atribuir a su estado de ánimo. Los resultados de este estudio sugirieron que la percepción de expresiones, incluso sutiles, de afecto negativo en los rostros podían ser subjetivamente magnificadas por los sujetos con TLP. Estos sesgos en la percepción de emociones faciales en los pacientes con TLP podían contribuir a sus dificultades para comprender los estados emocionales de otras personas y, por ello, conllevar a problemas en sus interacciones sociales. Baez et al. (2014) hallaron que el déficit en las tareas de teoría de la mente en pacientes con TLP se relacionaba con sus funciones ejecutivas, así como con una dificultad para identificar emociones. Elliot et al. (2014) estudiaron la percepción emocional en madres con diagnóstico de TLP y madres sanas. Todas las participantes completaron cuestionarios clínicos, de crianza de los hijos y una tarea de reconocimiento de emociones infantiles. Se encontró que en comparación con las madres del grupo control, las madres con TLP eran significativamente más pobres en el reconocimiento de la emoción infantil en

general, pero en especial en las expresiones neutrales que se atribuían con mayor frecuencia como tristes. Se halló una relación entre un peor rendimiento en la tarea, la edad de las madres y la duración de la enfermedad. Aunque el tamaño muestral de este estudio fue bajo, evidenció que las madres con TLP malinterpretaron negativamente imágenes neutras, lo que podía influir en la sensibilidad a las señales emocionales de sus hijos. Por su parte, Fenske et al. (2015) encontraron un déficit significativo en el reconocimiento de emociones ante expresiones faciales neutras y positivas en pacientes con TLP frente a controles sanos asociado a un sesgo negativo. En la misma línea, Catalan et al. (2016) encontraron que los pacientes con TLP tenían dificultades para reconocer rostros neutros con más frecuencia que los controles. Además, informaban de emociones negativas con más frecuencia que los controles ante caras felices. Niedtfeld et al. (2016) hallaron puntuaciones más bajas en precisión del reconocimiento emocional en los pacientes con TLP en comparación con el grupo control.

5.2. REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

La dificultad en la regulación emocional es una variable importante en la predicción de los rasgos del TLP (Ghiasi, Mohammadi y Zarrinfar, 2016). Se trata de la capacidad para manejar las emociones de forma apropiada. Las dificultades en esta capacidad conllevan la inestabilidad emocional.

Korfine y Hooley (2000) llevaron a cabo un estudio que mostró que los pacientes con TLP presentaban un sesgo afectivo en el recuerdo de palabras y hechos más negativos, es decir, eran afectiva y cognitivamente más reactivos a estímulos negativos. Sin embargo, en otros estudios no se ha encontrado que cuando se presenten estímulos desagradables, los pacientes con TLP muestren un aumento de la reactividad emocional autoinformada o en sus respuestas electrofisiológicas, en comparación con el grupo control (Herpertz, Kunert, Schwenger y Sass, 1999). Parece que los pacientes con TLP pueden reaccionar inicialmente de una forma no muy diferente a la de otros grupos, pero su capacidad para rechazar, finalizar o disminuir esa respuesta inicial, sí que puede verse afectada (Putnam y Silk, 2005). Putnam y Silk (2005) realizaron una revisión acerca del papel de la regulación emocional en el Trastorno límite de la personalidad. Hallaron que estos pacientes, en comparación con los

controles, eran emocionalmente más inestables (Stein, 1996), menos conscientes emocionalmente de sus propios estados (Levine, Marziali y Hook, 1997), tenían respuestas negativas más intensas ante acontecimientos de la vida diaria (Levine et al., 1997), eran más propensos a tener emociones negativas (Trull, 2001) y experiencias negativas que les afecten (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Yen et al., 2002).

El concepto de disregulación emocional es amplio e incluye distintos aspectos. Gratz, Rosenthal, Tull, Lejuez y Gunderson (2006) estudiaron dos aspectos de la disregulación emocional en pacientes con TLP: a) La tolerancia para experimentar angustia emocional con el fin de perseguir un comportamiento dirigido a un objetivo y b) la imposibilidad de participar en un comportamiento dirigido a un objetivo cuando uno está angustiado. Los resultados mostraron que el TLP en comparación con sujetos que no presentaban un trastorno de personalidad, mostraron una menor tolerancia para experimentar angustia con el objetivo de mantener el comportamiento dirigido hacia un fin, así como a acercarse a una situación potencialmente angustiante.

La tendencia a la impulsividad más que a la reflexividad es otra de las características clave en los sujetos con TLP, y en esta línea, la disregulación emocional es muy relevante. Chapman, Leung y Lynch (2008) estudiaron la relación entre los estados emocionales negativos y la impulsividad en situación de laboratorio en participantes con numerosas características de TLP (n=39) y un grupo control con escasas características de TLP (n=56). Se observó que los participantes de la muestra clínica cometían un mayor número de respuestas impulsivas. El estado emocional negativo moderaba el efecto de las respuestas impulsivas, de modo que los participantes con TLP que se encontraban en un elevado estado emocional negativo cometieron más respuestas impulsivas que cuando el nivel emocional negativo era bajo. Además, los sujetos con TLP informaron de una mayor disregulación emocional en una variedad de dominios, en comparación con el grupo control.

Gratz, Tull, Baruch, Bornoalova y Lejuez (2008) estudiaron la relación entre la sintomatología del TLP y la disregulación emocional utilizando la Escala de Dificultades en Regulación Emocional (DERS; Gratz y Roemer, 2004). Sus resultados sugirieron un importante peso en la disregulación emocional en los sujetos con TLP, incluso después de controlar indicadores tradicionales de emocionalidad negativa como depresión, ansiedad y afecto

negativo. Se encontró que la disregulación emocional mediaba completamente las relaciones entre el maltrato y la intensidad/reactividad del afecto negativo y el recuento de síntomas del TLP, así como la relación entre el abuso emocional y el estado actual del diagnóstico de TLP. Sin embargo, Iverson, Follette, Pistorello y Fruzzetti (2012) llevaron a cabo un estudio sobre la disregulación emocional en pacientes con TLP y encontraron que era la evitación experiencial, y no la disregulación emocional, la que se asociaba significativamente con la gravedad de los síntomas del TLP, cuando se controlaba la variable relativa a los niveles de depresión.

Distintas investigaciones sitúan las deficiencias en regulación emocional en estos pacientes como dificultades en aceptación emocional, falta de conciencia emocional y gran inestabilidad emocional (Pastuszak, 2012b). En la Figura 5.1, siguiendo el *Modelo Biosocial* de Linehan, se observa que la disregulación emocional en el TLP se conceptualiza en base a cuatro componentes: elevada sensibilidad emocional, afecto negativo lábil, déficit en estrategias de regulación emocional y exceso de estrategias de regulación desadaptativas.

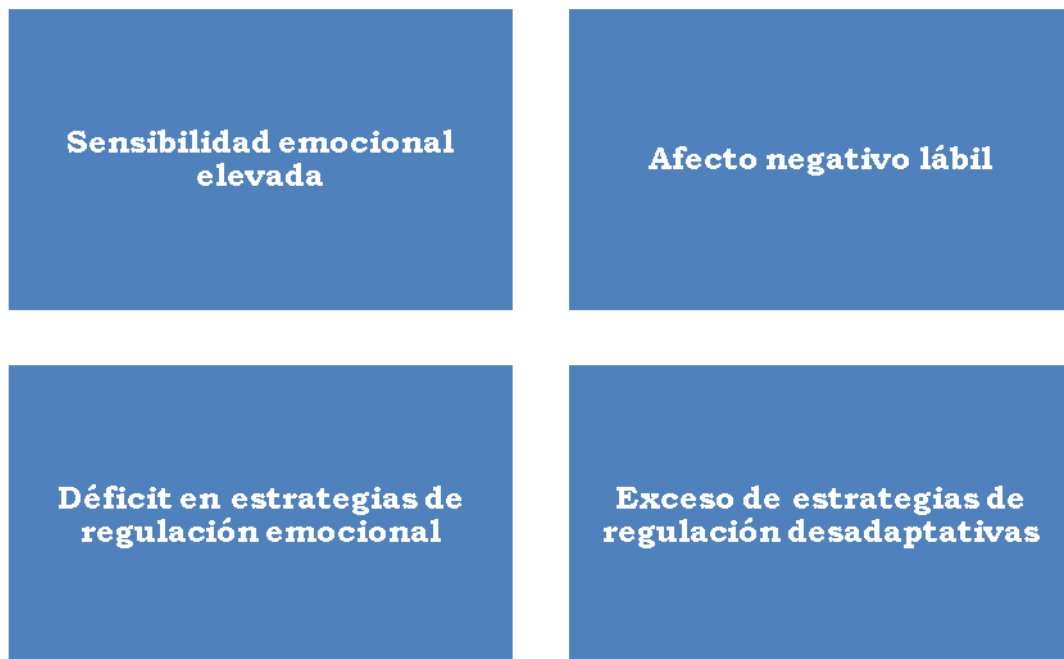


Figura 5.1

Componentes del Modelo Biosocial de Linehan

Por su parte, Selby y Joiner (2009) propusieron el *Modelo de Cascada Emocional* como herramienta para intentar establecer una relación entre la disregulación emocional y la amplia gama de comportamientos disregulados que se encuentran en el TLP. Según este modelo, tras un estímulo emocional, aparecen procesos rumiativos que generan un bucle de retroalimentación positiva, aumentando la intensidad emocional, siendo ésta la que conduce a la disregulación conductual. Estos comportamientos, proporcionan retroalimentación negativa, en forma de distracción, induciendo así a una reducción temporal de la emoción negativa y, por lo tanto, a una sensación de alivio. Este modelo de cascada emocional propone un mecanismo de cómo un elevado afecto negativo conduce a estrategias de regulación desadaptativas (Carpenter y Trull, 2013).

Hertel, Schütz y Lammers (2009) llevaron a cabo un estudio utilizando el Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso; MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002a; Mayer, Salovey y Caruso, 2002b). Evaluaron habilidades emocionales en pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos de abuso de sustancias y Trastorno Límite de la Personalidad, frente a un grupo control no clínico. Los resultados mostraron que los sujetos con mayor dificultad para comprender la información emocional y con menor capacidad para regular las emociones eran aquellos con trastorno por abuso de sustancias y pacientes con TLP. Utilizando este mismo instrumento de evaluación, Beblo et al. (2010) encontró que los pacientes con TLP no tenían deterioro en su IE general, pero sí que había deficiencias graves en regulación emocional. Por un lado, el nivel de IE se relacionaba con la inteligencia emocional en pacientes y controles, y por otro lado, la IE se relacionaba con la percepción subjetiva de regulación emocional solo en pacientes. Por tanto, parecía que la disfunción emocional en pacientes con TLP podía afectar principalmente a la autoimagen más que a las habilidades emocionales en sí mismas. Las emociones negativas intensas en la vida cotidiana podían provocar disfuncionales estrategias de regulación emocionales en los pacientes con TLP pese a que poseyeran conocimientos teóricos suficientes sobre estrategias óptimas de regulación.

En la práctica psiquiátrica diaria se puede observar entre los aspectos más llamativos de los sujetos con TLP, su intensidad y reactividad emocional aparentemente exagerada para los demás en determinados momentos. En este sentido, Elices et al. (2012) llevaron a cabo dos experimentos en los que

evaluaron distintos aspectos emocionales en mujeres con TLP frente a controles sanos emparejados por género y edad. Se estudiaron las respuestas emocionales a seis películas seleccionadas para provocar emociones de ira, miedo, tristeza, asco, diversión/entretenimiento y neutras; así como las reacciones emocionales a tres películas con contenido específico de abuso sexual, dependencia emocional y abandono/separación. Encontraron que la principal característica del TLP era la intensidad emocional negativa en lugar de una reactividad emocional mayor.

La investigación sobre regulación emocional revela dificultades en el uso y procesamiento de información afectiva como un factor clave en la mayoría de los trastornos mentales. Lizeretti, Extremera y Rodríguez (2012) llevaron a cabo un estudio en el que se evaluó la IE percibida en pacientes con diversos trastornos psicopatológicos, así como su relación con los síntomas clínicos. La muestra estuvo conformada por 163 sujetos clínicos y 163 individuos en el grupo control. En el grupo clínico, los pacientes cumplían criterios del DSM para uno de los siguientes diagnósticos: trastorno de ansiedad, trastorno de estado de ánimo, trastorno por abuso de sustancias, trastorno psicótico y TLP. La IE percibida y los síntomas clínicos se evaluaron mediante la versión española del TMMS-24 (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004) y el SCL-90-R (Derogatis, 2002), respectivamente. Los pacientes del grupo clínico mostraron niveles más altos de atención a los sentimientos, pero las puntuaciones más bajas en las habilidades para gestionar con eficacia sus estados emocionales negativos en comparación con los participantes del grupo control no clínico. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de IE percibida entre los diferentes grupos diagnósticos. Este estudio proporciona evidencia de que los déficits en IE percibida están relacionados con la presencia y severidad de los síntomas clínicos en pacientes con diferentes trastornos mentales, entre ellos, el TLP. Posteriormente, Peter, Schuurmans, Vingerhoets, Smeets, Verkoeijen y Arntz (2013) quisieron investigar la IE en el TLP. Para ello utilizaron el Test de Inteligencia Emocional de Mayer-Salovey-Caruso (Mayer, Salovey y Caruso, 2002b). Compararon a pacientes con TLP (n=69), con pacientes con otros trastornos de la personalidad (n=61) y grupo control (n=248). Los sujetos con TLP mostraron déficits en comprensión emocional, mientras que no se observaron diferencias en la capacidad de percibir, usar y regular las emociones. Además, se encontró una relación negativa entre la severidad del TLP y la puntuación total en IE. Los autores

concluyeron que el TLP se asocia con un déficit específico en comprensión emocional, mientras que la gravedad temporal del trastorno parece asociarse a un déficit en regulación emocional.

Algunos estudios han apuntado el papel moderador de la disociación en el sistema de regulación emocional en los pacientes con TLP. Barnow et al. (2012) compararon sujetos con TLP frente a controles sanos y encontraron que los pacientes con TLP mostraron niveles elevados de disociación ante la visualización de situaciones aversivas, desagradables o neutras que se acompañaban de respuestas de sobresalto. Por ello se sugirió la importancia de prestar atención al efecto moderador de los síntomas disociativos en las repuestas psicofisiológicas de los pacientes con TLP, así como la relevancia de su evaluación y tratamiento de cara a conseguir una reducción de las respuestas disociativas ante estímulos emocionales.

Las dificultades en las relaciones interpersonales así como la disregulación emocional son características centrales del TLP. En esta línea, Herr, Rosenthal, Geiger y Erikson (2013) analizaron la relación entre estas áreas disfuncionales con respecto a la gravedad del TLP en una muestra de 124 adultos con toda la gama de síntomas del TLP. Los resultados mostraron que las dificultades en regulación emocional estaban totalmente mediadas por la relación entre la gravedad de los síntomas y la disfunción interpersonal. Dixon-Gordon, Gratz, Breetz y Tull (2013) estudiaron la sensibilidad interpersonal en el TLP cuando la disregulación emocional media la relación entre respuestas cognitivas y emocionales en situaciones de rechazo social. La muestra clínica estuvo formada por 53 sujetos con diagnóstico de TLP y un grupo control de 34 sujetos no clínicos. Se midieron los niveles de afecto negativo y los sentimientos de amenaza a cuatro necesidades sociales (control percibido, pertenencia, autoestima y existencia significativa) en respuesta a una situación de aislamiento social que se llevaba a cabo en el laboratorio. Los resultados revelaron un mayor nivel de rechazo y sensibilidad interpersonal en los pacientes con TLP frente al grupo control, refiriendo los sujetos mayor sentimiento de amenaza a sus necesidades sociales así como distrés. También estaban afectadas en estas situaciones la disregulación emocional global, la claridad emocional y el control de los propios comportamientos.

El trauma infantil temprano como una situación de estrés en la vida de una persona también ha sido estudiado como una de las variables que juegan un papel fundamental en el desarrollo del TLP y el Trastorno depresivo mayor

(TDM, en adelante). Carvalho et al. (2014) estudiaron el trauma infantil autoinformado, las dificultades de regulación emocional y sus asociaciones en una muestra de pacientes con TLP (n = 49) y TDM (n = 48), frente a un grupo control sano (n = 63). Los resultados apoyaron la asociación entre experiencias autoinformadas de maltrato, abuso y abandono con dificultades de regulación emocional. Análisis adicionales mostraron que las dificultades en la regulación emocional influían en la asociación de abuso emocional y percepción subjetiva de sintomatología aguda en los pacientes con TLP. Las dificultades de regulación emocional podían ser la primera vía a través de la cual el estrés en los primeros años de vida, en particular el abuso emocional, aumentaba el riesgo de desarrollar la sintomatología del TLP.

Kuo, Khoury, Metcalfe, Fitzpatrick y Goodwill (2015) investigaron la asociación entre la frecuencia del abuso emocional en la niñez y la severidad del TLP, controlando otras formas de abuso infantil. Además analizaron si las dificultades en la regulación emocional explicaban la relación entre el abuso emocional en la niñez y la severidad característica del TLP. La muestra estuvo formada por 243 estudiantes universitarios que rellenaron el Cuestionario de Trauma de la Niñez –Versión corta- (Bernstein y Fink, 1998), la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional (Gratz y Roemer, 2004), y la Lista de 23 síntomas del TLP (Bohus, Limberger, Frank, Sender, Gratwohl y Stieglitz, 2001). Los resultados indicaron que la frecuencia del abuso emocional en la niñez (y no el abuso sexual o físico) se asociaba con la severidad del TLP. Pese a que no se encontró una relación directa entre el abuso infantil emocional, el abuso infantil físico o el abuso sexual en la infancia y las características del TLP, sí se halló una relación indirecta entre el abuso emocional infantil y el TLP a través de las dificultades con la regulación emocional. Estos hallazgos sugirieron el abuso emocional podía tener un papel muy importante en el desarrollo de la patología del TLP.

El control emocional es una de las principales áreas de dificultad en el TLP. Algunas teorías postulan que en el TLP, la disregulación emocional se debe a los bajos niveles de conciencia emocional o alexitimia. En un reciente metaanálisis Derks, Westerhof y Bohlmeijer, (2016) encontraron una moderada relación entre una escasa conciencia emocional y el TLP en la base de estas dificultades de regulación emocional.

5.3. ESTRATEGIAS DE REGULACIÓN EMOCIONAL Y TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

El TLP se conceptualiza como un trastorno de la reactividad emocional junto con dificultades en los procesos de regulación emocional. Disponer de adecuadas estrategias de afrontamiento y regulación emocional contribuye a una mejor adaptación y funcionamiento personal en la vida diaria de la persona y en sus relaciones interpersonales. Se ha investigado sobre dichas estrategias en personas con TLP pero las conclusiones con respecto a la reactividad emocional se mezclan y algunos estudios concluyen que existen escasas capacidades de regulación emocional en esta población.

Kuo, Fitzpatrick, Metcalfe y McMain (2015) llevaron a cabo una investigación de laboratorio sobre la reactividad emocional y las habilidades de regulación emocional en 25 sujetos con TLP en comparación con 30 controles sanos. Se les presentó imágenes negativas y neutrales, siendo instruidos a reaccionar o usar una estrategia basada en la atención plena o en la distracción para sentirse mejor. No hubo diferencias entre los dos grupos en la reactividad emocional en medidas de autoinforme ni en índices fisiológicos. Además, el grupo con TLP no mostró déficits en la capacidad para implementar la estrategia de regulación, excepto en la información de emociones menos positivas cuando usaron la técnica de la distracción. Los autores sugirieron que la disregulación emocional en el TLP se podría explicar mejor por una línea de base de funcionamiento emocional anormal, en lugar de por una reactividad emocional elevada o déficits en la regulación de las emociones. De modo que los tratamientos para el TLP se centraran directamente sobre el funcionamiento emocional y, no tanto, sobre reacciones emocionales o intentos de regulación emocional.

Las autolesiones son conductas que aparecen con bastante frecuencia en los pacientes con TLP. De cara a su abordaje y tratamiento se hace necesario encontrar qué variables estarían implicadas en su aparición. Zaki, Coifman, Rafaeli, Berenson y Downey (2013) hallaron que en pacientes con TLP, la rumia predecía mayores tasas de autolesiones no suicidas e instaba a llevarlas a cabo a aquellos pacientes que además tenían dificultades para diferenciar sus emociones negativas. De modo que la identificación y etiquetado emocional subyacían a las estrategias para la autorregulación adaptativa y la disminución del riesgo de autolesiones no suicidas en el TLP.

Pastuszak (2012a) llevó a cabo un estudio en el que pretendía encontrar las estrategias de regulación emocional de uso frecuente y las eventuales diferencias en IE entre pacientes con TLP y controles sanos. Comparó a 19 pacientes TLP frente a 20 personas como grupo control. Se utilizaron entre otros instrumentos de evaluación el MSCEIT. Se observaron alteraciones severas en la regulación emocional, con diferencias significativas en la frecuencia del uso de estrategias individuales entre el grupo clínico y el grupo control, aunque sin mostrar diferencias en la capacidad global de IE entre ambos grupos. Por tanto, los resultados no prueban la dependencia entre las estrategias de regulación emocional y el valor global de IE. Parece que la disfunción emocional en el TLP podría afectar a la IE percibida en lugar de a las habilidades emocionales en sí, pues los pacientes con TLP parecían poseer suficiente conocimiento teórico sobre el funcionamiento en el contexto emocional. En relación a la IE percibida, Leible y Snell (2004), estudiando las relaciones entre la inteligencia emocional percibida y diferentes trastornos de personalidad, encontraron que las personas con TLP presentaban problemas de adaptación socioemocional, debido en parte a los bajos niveles de IE que presentan. Posteriormente, Sinclair y Feigenbaum (2012) analizaron una muestra clínica de 66 sujetos con TLP y encontraron una correlación entre este diagnóstico y bajos niveles de IE rasgo.

Fossati, Gratz, Maffei y Borroni (2013) hallaron tres dimensiones de la disregulación emocional (dificultad para controlar conductas impulsivas, acceso limitado a estrategias de regulación emocional y falta de claridad emocional) que se asociaron significativamente con las características del TLP. Además, las puntuaciones de impulsividad representaban un porcentaje significativo de la varianza adicional dentro de las características del TLP más allá de la disregulación emocional.

Ibraheim, Kalpakci y Sharp (2017) investigaron las diferencias en disregulación emocional en adolescentes con rasgos de TLP y adolescentes sin estos rasgos. Tras controlar edad, sexo y gravedad psiquiátrica, encontraron que los adolescentes con TLP tenían una disregulación emocional general mayor en comparación con el grupo control. Estas diferencias fueron más evidentes en el acceso limitado a las estrategias de regulación emocional percibidas como eficaces y en las dificultades para el control de impulsos al experimentar emociones negativas.

Cuando el TLP es comórbido con otras patologías, también se han estudiado las estrategias de regulación emocional. Así, Fletcher, Parker, Bayes, Paterson y McClure (2014) analizaron las diferencias entre los pacientes con TLP y con Trastorno Bipolar tipo II (en adelante, TB II) en cuanto a estrategias de regulación emocional. Se encontró que los participantes con TLP fueron significativamente menos propensos a utilizar estrategias de regulación emocional adaptativas en comparación con el grupo TB II. Por su parte, Gratz, Tull, Matusiewicz, Breetz y Lejuez (2013) investigaron si la comorbilidad entre trastorno de la personalidad por evitación entre las mujeres con TLP se asociaba con dificultades mayores en regulación emocional (evaluadas mediante cuestionarios de autoinforme, medidas conductuales y fisiológicas). La muestra estuvo formada por 39 mujeres con TLP (13 de ellas con trastorno de la personalidad por evitación comórbido) y 18 mujeres sin TLP. Los resultados no mostraron diferencias significativas en las dificultades generales de regulación emocional autoinformadas (claridad emocional y control de comportamientos angustiantes) entre los grupos con TLP con y sin trastorno de personalidad por evitación. Pero sí que se observó que los sujetos con TLP con trastorno de personalidad por evitación asociado (frente a los que solo tenían TLP), informaron de mayores dificultades en el acceso a estrategias de regulación emocional eficaces, así como signos fisiológicos indicativos de mala capacidad de regulación emocional. Todo esto sugiere que la comorbilidad entre TLP y el trastorno de personalidad por evitación supone una menor capacidad para regular la angustia emocional y mayores dificultades para el acceso a estrategias de regulación emocional eficaces.

Algunos autores se han interesado en el estudio del tipo de apego en estos pacientes en relación a las estrategias de regulación emocional. En esta línea, se han encontrado asociaciones significativas entre el apego inseguro y la disregulación emocional en el TLP. Kim, Sharp y Carbone (2014) estudiaron el uso de las estrategias de regulación de emociones positivas y negativas en 228 adolescentes con rasgos de TLP. Encontraron que el apego seguro funcionaba como un amortiguador contra los rasgos de TLP en estos sujetos, mediante la mejora en el uso de estrategias de regulación emocional positivas, mientras que las estrategias de regulación emocional negativas servían para diluir el efecto protector de las estrategias de fijación y regulación positiva, lo

que desencadenaba niveles clínicamente significativos de rasgos límites de la personalidad.

Meaney, Hasking y Reupert (2016) subrayaron, en base a los resultados de su estudio, la capacidad de predicción que tenían los pensamientos rumiativos, la alexitimia y la disregulación emocional en la exacerbación de los síntomas y la alteraciones conductuales en el TLP. Encontraron que la presencia de síntomas de TLP podría ser el resultado del empleo de estrategias ineficaces debido a la disregulación afectiva, lo que a su vez daría lugar a una percepción por parte de la persona de no ser autoeficaz en la gestión y tolerancia de la angustia emocional.

5.4. CORRELATOS NEUROBIOLÓGICOS Y PSICOFISIOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA IE EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.

El TLP se caracteriza por una disregulación emocional por lo que es necesario conocer aquellas estructuras neurobiológicas implicadas en su etiopatogénesis así como los correlatos psicofisiológicos puestos en marcha en función de distintas variables.

Silbersweig et al. (2007) encontraron sustratos neurales frontolímbicos específicos asociados con las principales características clínicas de descontrol emocional y conductual en el TLP. En concreto una hipoactividad prefrontal centromedial (incluyendo orbitofrontal medial y cíngulo anterior) en comparación con sujetos sanos. De este modo, parece que una reactividad emocional anormal córtex prefrontal-sistema límbico ante estímulos determinados en sujetos con TLP, podía considerarse como un correlato neural de disregulación afectiva y además se considera que es el hallazgo funcional más robusto a nivel de neuroimagen hallado en los últimos estudios (Schmahl et al., 2014; van Zutphen, Siep, Jacob, Goebel y Arntz, 2015). Minzenberg, Fan, New, Tang y Siever (2007) encontraron que los sujetos con TLP mostraban una respuesta amigdalina exagerada y un deterioro en la modulación emocional por la actividad observada en la corteza cíngulada anterior. Estos hallazgos podrían representar una expresión de los déficits volumétricos y serotoninérgicos observados en estas áreas del cerebro en los adultos con TLP. En esta misma línea, Hurlemann, Hawallek, Maier y Dolan (2007) estudiaron a 16 mujeres con TLP no medicadas en comparación con 16

controles sanas, en relación a la hiperreactividad amigdalina tras estímulos emocionales y posteriores situaciones de amnesia. Los resultados mostraron que los pacientes con TLP tenían una mayor amnesia retrógrada y anterógrada en respuesta a la presentación de estímulos negativos. Estos resultados sugirieron que la hiperreactividad de la amígdala ante estímulos negativos en estos sujetos contribuía a la disfunción cognitiva inducida por la emoción en el TLP. Koenigsberg et al. (2009) también estudiaron los correlatos neurales del procesamiento emocional en sujetos con TLP. Encontraron que estos pacientes mostraron una mayor actividad de la amígdala y una actividad aumentada de las regiones del procesamiento visual en comparación con sujetos del grupo control sano, al procesar imágenes emocionales de sucesos sociales negativos en comparación con otros estímulos. Parece que estos participantes activaban redes neuronales en el procesamiento de las emociones filogenéticamente más antiguas que en los controles sanos. Otro estudio realizado con neuroimagen fue el que llevaron a cabo Scherpiet et al. (2014) donde analizaron en 18 mujeres con diagnóstico de TLP y 18 sujetos control sanos si la disregulación emocional se producía tanto durante la percepción de estímulos emocionales como durante la anticipación de imágenes emocionales en ausencia de estímulos concretos. Se vio que la actividad cerebral, durante la anticipación tanto de imágenes negativas como ambiguas, mostraba menos cambios en la corteza cingulada anterior izquierda dorsomedial, así como en la corteza cingulada posterior y en las áreas corticales visuales. Ello llevó a pensar que la hipoactivación de las áreas del cerebro relacionadas con la interacción cognitivo-emocional ya durante la fase de anticipación al estímulo emocional podía añadir y/o contribuir a la disregulación emocional en el TLP.

En relación a los estudios de neuroimagen funcional, Schulze, Schmahl y Niedtfeld (2015) llevaron a cabo un metaanálisis acerca de los hallazgos neuroanatómicos implicados en el procesamiento emocional en sujetos con TLP, encontrando que en comparación con el grupo control, los pacientes con TLP mostraban una hiperactividad límbica, en concreto una mayor activación de la amígdala izquierda y el córtex cingulado posterior, junto con la corteza prefrontal dorsolateral bilateral, durante el procesamiento de estímulos emocionales negativos. Estos resultados, según los autores, eran consistentes con la conceptualización del TLP como un trastorno de la disregulación emocional. Recientemente, Silvers et al. (2016) encontraron que la

inestabilidad afectiva correlacionaba positivamente con una mayor respuesta de la amígdala evaluada a través de neuroimagen cerebral. Además, existía una correlación negativa entre mayores dificultades en la regulación emocional y activación de la circunvolución frontal inferior izquierda.

Existen estudios previos que apuntaron a una disfunción a nivel del lóbulo prefrontal y sus conexiones con el sistema límbico y la vía corticoestriatal. Ambas son estructuras que trabajan en conjunto para procesar emociones y modular la conducta. La serotonina producida en estas estructuras disminuye el umbral para la desinhibición conductual, posiblemente por la participación de otros neurotransmisores como el GABA o la dopamina. Por todo esto se apunta hacia una etiología multifactorial que explicaría no sólo la impulsividad de los pacientes con TLP sino también su labilidad afectiva, disociación y trastornos del estado de ánimo comórbidos (Johnson, Hurley, Benkelfat, Herpertz y Taber, 2003).

Por otro lado, se han encontrado también alteraciones del circuito de recompensa en estos pacientes. Enzi et al. (2013), realizaron un estudio de resonancia magnética funcional en controles sanos y pacientes TLP para investigar la modulación de la anticipación de recompensa con imágenes emocionales que se presentaban simultáneamente. Se encontró que los pacientes TLP tenían activación diferente a la del grupo control ante la anticipación de recompensa y de no recompensa en la corteza cingulada anterior a nivel bilateral. Ambos grupos eran capaces de diferenciar entre recompensa y no recompensa incluso bajo estimulación emocional, pero los pacientes TLP mostraban una desactivación reducida de las regiones implicadas (estriado ventral y área tegmental ventral bilateral) en comparación con los controles sanos. Por tanto, estos autores concluyeron que el procesamiento alterado de la emoción en pacientes con TLP era probable que afectara al sistema de recompensa.

En relación al propósito de esta tesis, el TLP y el TB, son enfermedades psiquiátricas comunes y en ocasiones difíciles de distinguir entre ellas, sobre todo porque la disregulación emocional es una característica fundamental de ambas. Por lo general, la regulación emocional implica procesos tanto “de arriba hacia abajo” como “de abajo hacia arriba” de control y retroalimentación reguladora, de los que se encarga la red fronto-límbica. Malhi et al. (2013) estudiaron si las alteraciones en esta red producían los cambios en el estado de ánimo y labilidad afectiva que caracteriza a estos

pacientes. Hallaron que la disfunción de la red fronto-límbica está presente tanto en el TB como en el TLP, aunque con diferencias importantes. En concreto, los pacientes TB parecían requerir un procesamiento cognitivo de arriba hacia abajo adicional para regular la emoción, mientras que los pacientes con TLP tenían suficiente retroalimentación de abajo hacia arriba.

En cuanto a aspectos más psicofisiológicos, Austin, Riniolo y Porges (2007) llevaron a cabo un estudio sobre el componente parasimpático del sistema nervioso autónomo que diferencia los perfiles de respuesta entre sujetos diagnosticados de TLP y sujetos no clínicos. Estudiaron la arritmia sinusal respiratoria durante la presentación de fragmentos de películas con diferente contenido emocional. En condiciones neutrales, ambos grupos tenían niveles similares de arritmia sinusal respiratoria y de frecuencia cardíaca. Sin embargo, durante el experimento, ambos grupos siguieron trayectorias distintas. En el grupo con TLP se observó una disminución de la arritmia sinusal respiratoria y de la frecuencia cardíaca, mientras que en el grupo control se observó un aumento en ambas variables objeto de estudio. La correlación entre los cambios en la arritmia sinusal respiratoria y la frecuencia cardíaca sólo fue significativa para el grupo control, lo que sugiere que los mecanismos de respuestas vagales sólo median en el grupo control. El grupo con TLP terminó en un estado fisiológico, compatible con los comportamientos de movilización de lucha y huida, mientras que el grupo control terminó en un estado fisiológico compatible con situaciones de compromiso social. Estos hallazgos son compatibles con otros estudios publicados que demuestran la regulación vagal atípica del corazón con otros trastornos psiquiátricos.

Kuo y Linehan (2009) investigaron si los individuos que cumplían los criterios para el TLP tenían una alta vulnerabilidad biológica a la disregulación emocional, incluyendo una alta intensidad emocional y una elevada reactividad a estímulos emocionalmente evocadores. La muestra estuvo formada por 20 personas con TLP, 20 sujetos con Trastorno de Ansiedad Generalizada y 20 controles sanos, emparejados todos los grupos por edad. Todos participaban en dos condiciones de inducción emocional, una condición normalizada y una condición personalmente relevante. Se recogieron medidas de arritmia sinusal respiratoria, respuestas de conductancia de la piel y medidas de autoinforme, durante todo el experimento. Se encontró que los sujetos con TLP mostraban mayor vulnerabilidad biológica e intensidad emocional basal elevada, así como un aumento de las emociones negativas

autoinformadas frente al grupo control.

En pacientes jóvenes con TLP, Chu, Víctor y Klonsky (2016) encontraron una fuerte relación entre los síntomas del TLP y una mayor emocionalidad negativa (en cuanto a intensidad, frecuencia y duración). Esta relación se mantenía incluso después de experimentar emociones positivas. Además, los síntomas del TLP tenían una ligera asociación con una disminución de las emociones positivas.

5.5. RESUMEN

En este capítulo se ha presentado la revisión acerca de la IE en el TLP. Se han explicado los principales estudios en relación a los procesos de percepción y regulación emocional en este grupo clínico. Posteriormente, se han expuesto los estudios acerca de las estrategias de regulación emocional empleadas por los sujetos con TLP para conseguir la propia estabilidad emocional. Finalmente, se han explicado los principales correlatos neurobiológicos y fisiológicos en relación a la IE en el TLP.

PARTE EMPÍRICA

Capítulo 6

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

Son muchos los estudios publicados, como se ha podido comprobar en los anteriores capítulos, sobre Inteligencia emocional a nivel general y/o centrados en determinados aspectos tanto en pacientes con Trastorno bipolar como en pacientes con Trastorno límite de la personalidad, comparados frente a un grupo de control. En el momento actual, se carece de estudios que hayan comparado estos dos grupos clínicos, en el constructo IE, siendo importante su comparación y estudio no sólo por la prevalencia de estas enfermedades mentales y los recursos socio-sanitarios que precisan sino por la posibilidad de ir avanzando en el diagnóstico diferencial de ambas patologías, en la etiología y en la creación de estrategias de intervención que disminuyan el malestar de estos pacientes.

6.1. OBJETIVOS

6.1.1. Objetivo general

El objetivo principal de esta investigación ha sido analizar las diferencias en Inteligencia emocional en pacientes con Trastorno bipolar y Trastorno límite de la Personalidad.

Objetivos e hipótesis

Se ha pretendido conocer las puntuaciones medias en Inteligencia emocional, así como las diferencias entre estos dos grupos clínicos frente a un grupo control no clínico y la influencia en este constructo de algunas variables sociodemográficas y clínicas.

6.1.2. Objetivos sobre la Inteligencia Emocional

Los objetivos perseguidos sobre el constructo inteligencia emocional han sido:

1. Conocer las puntuaciones medias de la IE entre los tres grupos, clínicos (TB y TLP) y no clínicos, analizando si existen diferencias entre ellos.
2. Analizar las diferencias entre los dos grupos clínicos mencionados en cada una de las variables de IE.
3. Estudiar las diferencias entre los dos grupos clínicos, atendiendo a:
 - a. Si las diferencias en IE podrían estar influidas por el estado de ánimo de los participantes y/o por su nivel de ansiedad.
 - b. Si existen diferencias en IE en función de la variable sexo y edad en cada uno de los grupos clínicos por separado.
 - c. Si existen diferencias en IE en los pacientes con TB y con TLP, en base a las siguientes variables clínicas: especificaciones diagnósticas (solo en TB), comorbilidad psiquiátrica, comorbilidad somática, consumo de tóxicos, gestos autolíticos, autolesiones, antecedentes familiares y tratamiento psiquiátrico.

6.2. HIPÓTESIS

El planteamiento general es que existirán diferencias estadísticamente significativas en Inteligencia emocional en los sujetos con diagnóstico de TB o de TLP frente a los sujetos del grupo control, así como entre los dos grupos clínicos.

Se espera además, que las diferencias en el constructo Inteligencia emocional puedan estar influidos por el estado de ánimo y/o el nivel de ansiedad de los sujetos.

6.2.1. Comparaciones intergrupo

El perfil de Inteligencia emocional se presupone que sería distinto entre estos dos grupos de pacientes entre sí y con el grupo de control. A continuación se presentan las hipótesis referentes a las comparaciones entre los tres grupos, al igual que entre los grupos clínicos.

- H1. Existirán menores puntuaciones en IE en los dos grupos clínicos frente al no clínico.
- H2. Se esperan menores puntuaciones en Facilitación emocional en el grupo de pacientes con TB en comparación con el grupo de TLP, basado en las crecientes evidencias de disfunción neurocognitiva en el primer grupo clínico respecto al segundo. La Facilitación emocional está relacionada con la actividad cognitiva y la capacidad para resolver problemas.
- H3. Se hallarán diferencias entre los grupos TB y TLP en la puntuación de rama de Manejo emocional, alcanzando menores puntuaciones el grupo de pacientes con TLP frente al grupo de TB debido a la dificultad para el manejo emocional del grupo de TLP.
- H4. Se postula que podría haber diferencias estadísticamente significativas en CIE total entre TB y GC, con menor rendimiento para el grupo clínico.
- H5. Se obtendrán menores puntuaciones en la rama de Percepción emocional en sujetos con TB frente al GC.
- H6. Existirán diferencias en el Manejo emocional con menor rendimiento en el grupo de sujetos con TB que en el GC.
- H7. Se esperan puntuaciones inferiores en Cociente de Inteligencia Emocional Total (CIE Total), del grupo TLP frente al grupo no clínico.
- H8. Existirán diferencias en la puntuación de rama Comprensión emocional, con una menor puntuación para el grupo de pacientes con TLP que para el grupo no clínico.

Objetivos e hipótesis

- H9. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de rama Percepción emocional en los sujetos con TLP en comparación con el grupo no clínico.
- H10. Se alcanzarán puntuaciones medias significativamente menores en Manejo emocional en el grupo de pacientes con TLP frente al grupo control.

6.2.2. El papel de la depresión y ansiedad

Se presentan las hipótesis en relación al papel que desempeñan la depresión y la ansiedad en relación a las variables que conforman el constructo de IE en ambos grupos clínicos.

- H11. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de los grupos clínicos en las variables depresión y ansiedad con mayores puntuaciones para los sujetos con TLP.
- H12. Las variables depresión y ansiedad serán variables mediadoras en los perfiles de IE en los pacientes con TB y TLP.

6.2.3. Comparaciones intragrupo

En este apartado se especifican las hipótesis relativas a las comparaciones en cada grupo clínico en base a variables sociodemográficas y clínicas en IE.

- H13. Existirán diferencias estadísticamente significativas en función de la variable sexo, con puntuaciones superiores en las mujeres, en todas las variables que componen el constructo de IE en ambos grupos clínicos.
- H14. Se espera que la comorbilidad psiquiátrica, los antecedentes familiares y el consumo de tóxicos influyan en la variable de IE en pacientes con TB.
- H15. Se postula que la comorbilidad, la presencia de gestos autolíticos previos, el consumo de tóxicos y la presencia de ingresos involuntarios influyan en los niveles de IE en pacientes con TLP.

Capítulo 7

MÉTODO

En este capítulo se describen las características de los participantes, los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la formación de la muestra. Posteriormente, se presenta el diseño y el procedimiento junto con la descripción de los instrumentos de evaluación utilizados. Se finaliza con el tipo de análisis estadístico efectuado.

7.1. PARTICIPANTES

La población objeto de estudio estuvo compuesta por una muestra de 96 participantes, de los cuales 62 pertenecían a población clínica y el resto a población no clínica (grupo control).

En el grupo clínico, la muestra se dividió entre sujetos con diagnóstico de Trastorno bipolar ($n = 30$) y con Trastorno límite de la personalidad ($n = 32$). Estas categorías diagnósticas fueron confirmadas en todos los casos mediante entrevista con psiquiatra o psicólogo clínico con experiencia. Los participantes clínicos estaban siendo atendidos tanto en el ámbito privado de la Región de Murcia como en Centros de Salud Mental o Unidades de Rehabilitación pertenecientes al Servicio Murciano de Salud.

Método

Las variables sociodemográficas analizadas fueron: Sexo, edad, nivel de estudios, estado civil, número de hijos y situación laboral. Las principales variables clínicas registradas fueron: Enfermedades somáticas asociadas, antecedentes familiares psiquiátricos, comorbilidad psiquiátrica, consumo de tóxicos, autolesiones y/o gestos autolíticos previos, tratamiento psiquiátrico, tratamiento psicológico, adherencia al tratamiento, seguimiento regular, frecuencia de la asistencia médica en Servicios de Urgencias Psiquiátricas e ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica.

En relación al sexo, la muestra clínica estuvo formada por un 64.5% de mujeres mientras que en el grupo control por un 55.9%. La Figura 7.1, presenta la frecuencia de cada grupo en relación al sexo. El grupo de participantes con TB estaba equiparado en género, al igual que el grupo control. La muestra clínica de TLP estuvo formada mayoritariamente por mujeres.

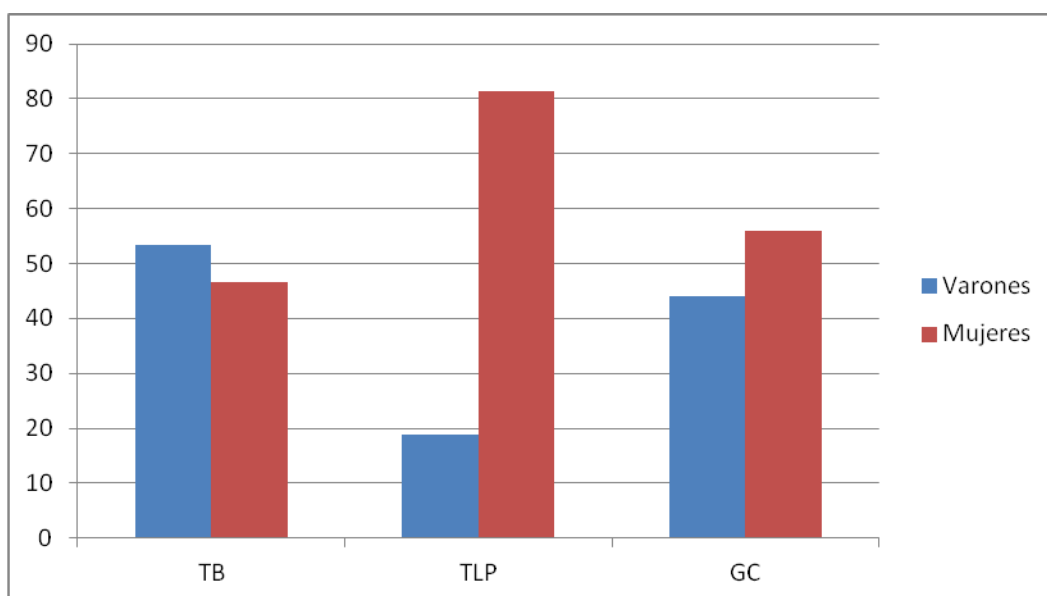


Figura 7.1

Descriptivos de la muestra atendiendo al sexo

La media de edad de la muestra clínica fue de 38 años (DT= 10.6), muy similar a la de la muestra no clínica, que fue de 36.53 años (DT = 11.43). En la Tabla 7.1 se especifican las medias y desviaciones típicas de cada uno de los grupos con sus respectivos rangos de edad.

Tabla 7.1

Descriptivos de la muestra atendiendo a la edad

	Media (DT)	Rango
TB	43.3 (10.7)	24-63 años
TLP	33.0 (7.8)	17-50 años
GC	36.5 (11.4)	17-60 años

Con respecto al nivel de estudios, la mayoría presentaban estudios universitarios, situándose este porcentaje en el 76.5% en la muestra del grupo control, seguido de la muestra de pacientes con TB, con un 56.7%, disminuyendo en el grupo de TLP hasta el 34.4%. En el grupo de pacientes con TB, el resto de porcentajes se distribuyeron en un 13.3% estudios de Módulo de Grado Medio de FP, un 13.3% estudios primarios, 10% estudios de Bachillerato o Módulo FP Grado Superior y 6.7% estudios de Modulo de Grado Medio de FP. En el grupo de pacientes con TLP, el resto de sujetos quedaron distribuidos en un 31.3% estudios de Bachillerato o Módulo de Grado Superior de FP, 21.9% estudios primarios, 9.4% estudios de Módulo de Grado Medio y 3.1% estudios secundarios. En el grupo control, el resto tenían estudios de Bachillerato o Módulo de Grado Superior (23.5%).

En cuanto al estado civil, en los grupos TLP y grupo control, la mayoría de sujetos estaban solteros, con un porcentaje mayor en el grupo de personas con diagnóstico de TLP, en concreto del 78.1 %, siendo el porcentaje de solteros menor en el grupo control (50%). En el grupo de sujetos con TB el porcentaje mayor fue para el grupo de casados con un 50%. En la Figura 7.2, se puede observar la distribución de cada uno de estos grupos en relación a esta variable.

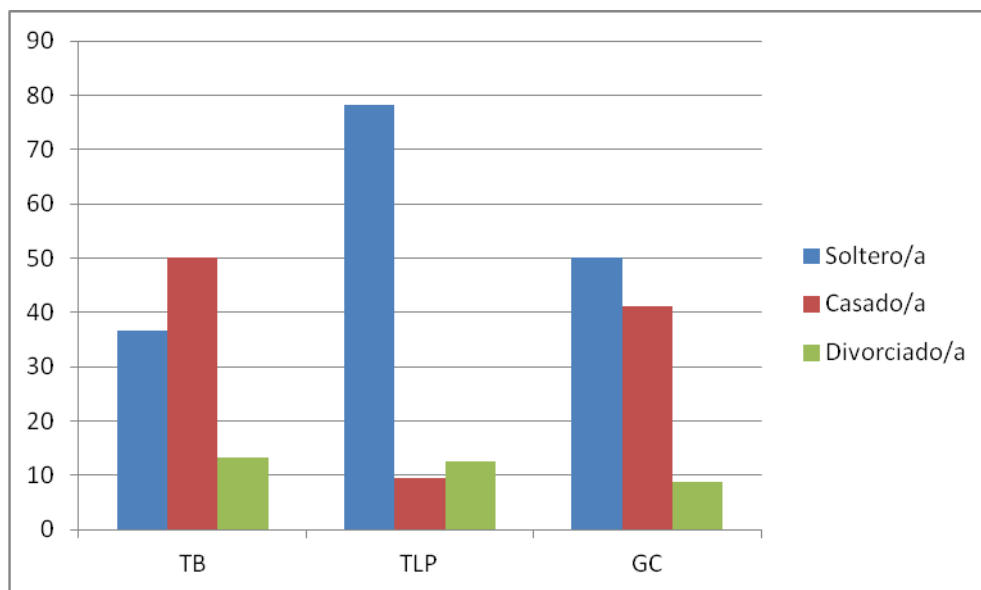


Figura 7.2

Descriptivos de la muestra atendiendo al estado civil

Respecto del número de hijos, la mayoría de los participantes de los tres grupos no tenían hijos, quedando las distribuciones como se explica a continuación. En el grupo de sujetos con TB, el 67.7% no tenían hijos, el 10% un hijo y el 23.3% dos hijos. En el grupo de personas con TLP, el 78.1% no tenían hijos, el 18.8% un hijo y el 3.1% dos hijos. En el grupo control, el 52.9% no tenían hijos, el 26.5% dos hijos, el 17.6% un hijo y el 2.9% tres hijos.

La situación laboral de los sujetos en el momento de la evaluación, presentó porcentajes muy dispares entre unos grupos y otros. En el grupo control, la gran mayoría de sujetos estaban trabajando (76.5%) y el resto eran estudiantes (11.8%), amas de casa (5.9%) o en paro (5.9%). En el grupo de pacientes con TB, la mayoría estaban trabajando (50%), seguido de los pensionistas por enfermedad mental (30%), distribuyéndose el resto entre sujetos en paro (10%), estudiantes (6.7%) y amas de casa (3.3%). En el grupo de sujetos con TLP había un porcentaje similar de personas trabajando (28.1%) que en paro (31.3%) o estudiando (28.1%). En este grupo el porcentaje de sujetos con una minusvalía por enfermedad mental fue (9.4%).

Se pudo observar el mayor porcentaje de enfermedades somáticas en el grupo de sujetos con TB (46.7%), destacando como más frecuente la Hipertensión Arterial. El 34.4% de los sujetos con TLP presentaban

enfermedades somáticas, siendo la más frecuente el Síndrome del Intestino Irritable. En el grupo control, el 14.7% informaban de enfermedades somáticas, siendo las intolerancias alimentarias las más frecuentes.

El porcentaje de antecedentes familiares psiquiátricos en el grupo clínico fue del 51.6%, mientras que en el grupo no clínico, se redujo al 8.8%. Como se puede observar en la Figura 7.3, los pacientes con TLP y TB presentaban un porcentaje similar de familiares con patologías psiquiátricas. Siendo el 53.1% en pacientes con TLP y el 50% en pacientes con TB.

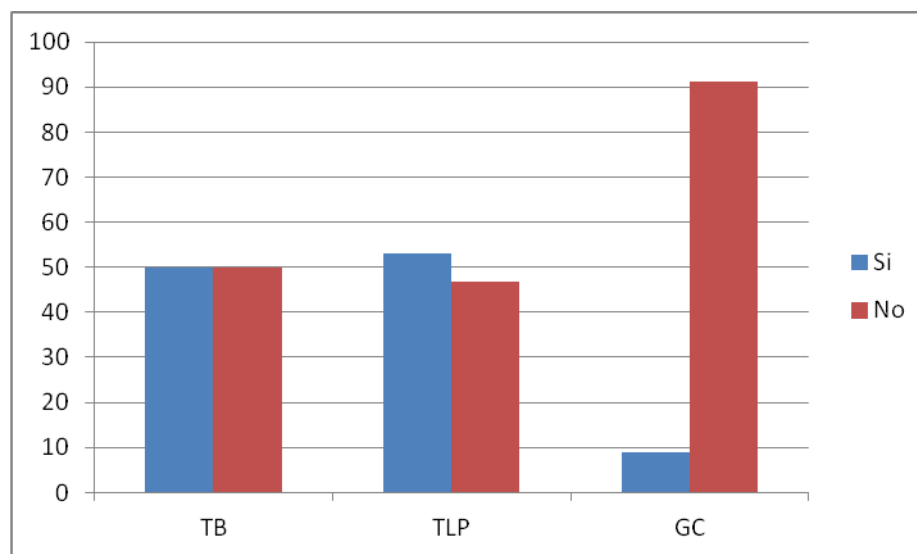


Figura 7.3

Descriptivos de la muestra atendiendo a antecedentes familiares psiquiátricos

Observando el Trastorno Mental Grave como antecedente familiar psiquiátrico, el porcentaje fue mayor en los pacientes con TB (33.3%) que en el grupo de pacientes con TLP (21.9%). Por tanto, era más frecuente en pacientes con TB presentar familiares de primer grado con problemas psiquiátricos, el más frecuente el propio TB con un porcentaje de 23.3%. En el grupo de sujetos con TLP el antecedente familiar de TMG más frecuente fue el Trastorno psicótico con un 12.5%.

En relación al tipo de TB fue más frecuente el TB-I con un porcentaje de 63.3% y el TB-II con un 36.7%. En cuanto al episodio más reciente la mayoría (48.3%) presentaron episodio maniaco, seguido del 27.6% con episodio depresivo y el episodio hipomaniaco con un 20.7%. Con respecto a los especificadores se encontró que un 42.1% presentaban Trastorno bipolar con

Método

características psicóticas no congruentes con su estado de ánimo, un 15.8% presentaban TB con características psicóticas congruentes con su estado de ánimo y un 10.5% presentaban TB con ansiedad, con características mixtas, con características atípicas y con patrón estacional. El 81% del grupo de pacientes con TB estaban en remisión total. En relación al especificador de ansiedad el 28.6% de pacientes del grupo TB la presentaban.

Otra variable clínica que se analizó fue el momento temporal en el diagnóstico para tener en cuenta si había habido otros diagnósticos previos o no. En la mitad de la muestra de sujetos con TB, éste era su primer diagnóstico (50%), idéntico al grupo de TLP. Lo cual indica la dificultad en el diagnóstico de ambos grupos así como la existencia a veces de patologías comórbidas tales como Trastornos afectivos, Trastornos de ansiedad, TDAH y TCA.

Por otro lado, presentaban más comorbilidad psiquiátrica el grupo de pacientes con TB (53.3%) que el de TLP (37.5%).

Si se analiza la comorbilidad dentro de cada grupo clínico, se encuentra que la distribución era más variada en los sujetos con TLP que en los sujetos con TB (ver Figuras 7.4 y 7.5).

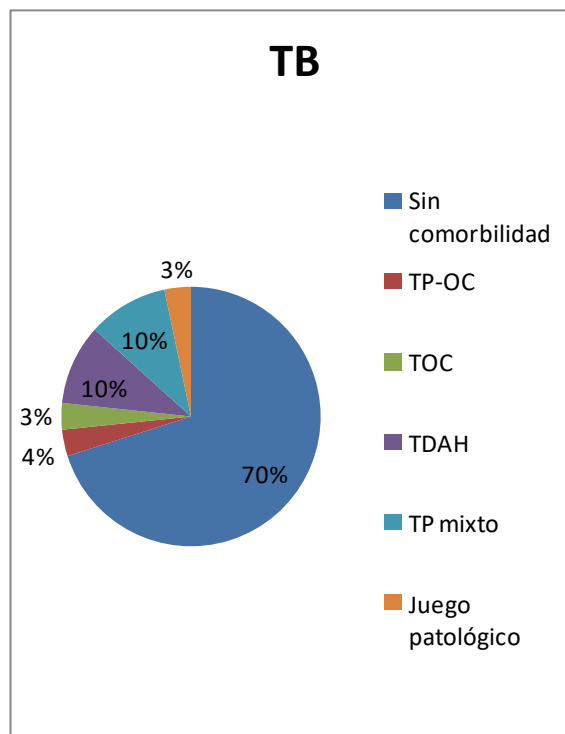


Figura 7.4

Descriptivos de la muestra de sujetos con TB atendiendo al tipo de comorbilidad psiquiátrica

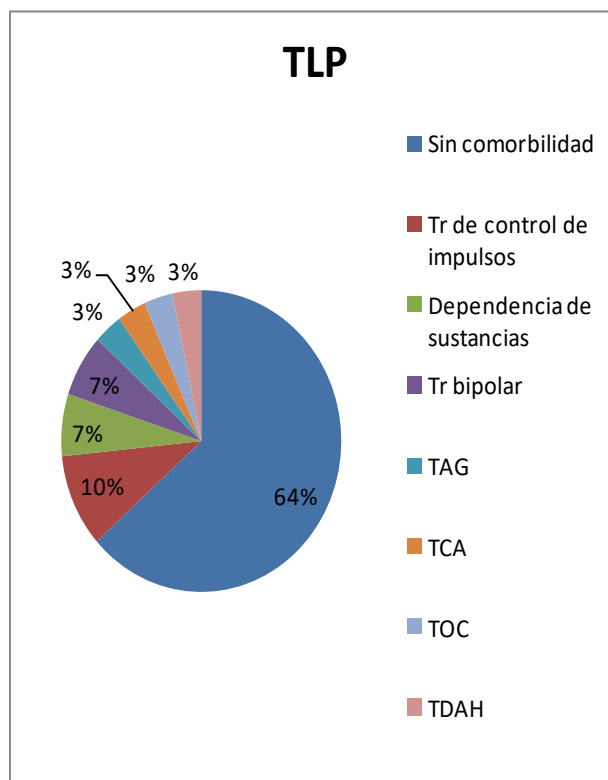


Figura 7.5

Descriptivos de la muestra de sujetos con TLP atendiendo al tipo de comorbilidad psiquiátrica

Se observaron diferencias entre los grupos clínicos en relación al consumo de tóxicos, siendo mayor el porcentaje de consumo en los sujetos con diagnóstico de TLP (43.8%) frente al de sujetos con TB (30%).

Esta misma tendencia se presentó en la presencia de gestos autolíticos previos y de autolesiones. De modo que un 68.8% de los sujetos con TLP había tenido gestos a lo largo de su vida, frente a un 16.7% de los pacientes con TB. Por otro lado, el 37.5% de los TLP se realizaba autolesiones, mientras que en el grupo de TB este porcentaje se redujo al 3.3%.

De los grupos clínicos, el 96.9% de los sujetos con TLP se encontraba en tratamiento psiquiátrico, el porcentaje fue 100% en el grupo de pacientes con TB. En el primer grupo, la media de años en tratamiento psiquiátrico fue de 7 años (DT = 7.19), mientras que en el segundo grupo de 13 (DT = 8.36).

En relación al lugar en el que estaban siendo atendidos cada grupo de pacientes destacó que la mayoría de pacientes con TB pertenecían al ámbito de la salud mental privada (46.7 %), mientras que en el caso de los pacientes

Método

con TLP, la frecuencia mayor era de sujetos atendidos en el Servicio Murciano de Salud (54.8 %). En los dos grupos había pacientes que están siendo atendidos en ambos circuitos, aunque el porcentaje era mayor en los pacientes con TB.

En relación a la adherencia y al seguimiento psiquiátrico regular, la mayoría de los sujetos de ambos grupos cumplían con estos dos aspectos. No obstante, era mayor el porcentaje de pacientes con TLP que no estaban adecuadamente adheridos al tratamiento psicofarmacológico (35.5 %) que los pacientes con TB (26.7 %).

Por otro lado, se registró si los sujetos estaban o no en tratamiento psicológico. Como se observa en la Figura 7.6, casi el 87.5 % de los sujetos con TLP recibían este tipo de tratamiento (la mayoría de ellos tratamiento con Terapia Dialéctica Conductual de Linehan). En el grupo de pacientes con TB algo más del 60% estaban en tratamiento psicológico, destacando la Terapia integradora.

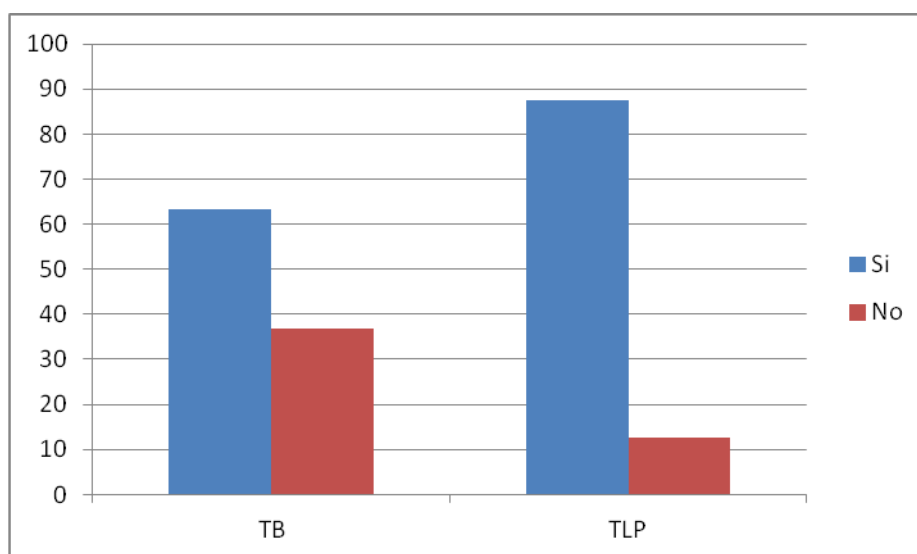


Figura 7.6

Descriptivos de la muestra clínica atendiendo a si están en tratamiento psicológico

Por último, en relación a las variables clínicas de la muestra, lo destacado de la Tabla 7.2 es el número similar de atenciones en Servicios de Urgencias Psiquiátricas a nivel global que precisaron los sujetos de ambos grupos clínicos, así como el número de ingresos previos que han tenido.

Tabla 7.2

Descriptivos atendiendo a variables de asistencia médica en Servicios de Urgencias Psiquiátricas, ingresos en Unidades de Hospitalización Psiquiátrica y años en tratamiento psiquiátrico

	TB	TLP
Nº de atenciones en PU último año	0-21	0-21
Nº de ingresos previos	0-33	0-30
Nº de ingresos último año	0-2	0-2
Nº de días ingresados en su último ingreso	7-35	1-33

7.2. DISEÑO

Con el objetivo de poner a prueba las hipótesis se optó por un diseño transversal comparativo causal entre tres grupos (TB, TLP y Grupo Control), donde se evalúan diferentes variables en un momento temporal, para compararlas entre los grupos clínicos y no clínico. Se registraron diferentes medidas dependientes y variables sociodemográficas.

7.2.1. Procedimiento

- a) En primer lugar se presentó un Proyecto de investigación sobre esta tesis que fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital General Universitario Morales Meseguer, en su reunión del día 28 de Mayo de 2014.
- b) Posteriormente se contactó con centros de salud del Área VI de Atención Primaria y Salud Mental, para informarles del estudio, así como a nivel privado con el Departamento de Recursos Humanos de la Clínica Mentsalud. Los profesionales cumplieron listados de pacientes con NHC y el teléfono que hacían llegar al grupo de investigación. Éste contactaba telefónicamente con ellos y les proponía la participación voluntaria en el estudio. Cumplimentaban el consentimiento informado (véase Anexo 1) y posteriormente realizaban

los cuestionarios. En caso de que aceptaran, se procedía a la evaluación y posterior devolución de la información.

- c) Selección de la muestra. La muestra del presente estudio ha sido reclutada de la población adulta que padece Trastorno bipolar y Trastorno límite de la personalidad de la Región de Murcia, con edades comprendidas entre los 16-65 años, que estaban en seguimiento por dispositivos de Salud Mental pertenecientes al ámbito privado y público de nuestra comunidad autónoma y que aceptaron participar en el estudio. En relación al grupo control, los sujetos se capturaron por conveniencia atendiendo a la edad y sexo de los participantes clínicos.
- d) Criterios de inclusión y exclusión:
 - a. Los criterios de inclusión fueron: a) Los participantes eran pacientes diagnosticados de TB y TLP según DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y CIE-10 (Organización Mundial de la Salud, 1992) para el diagnóstico de dichos trastornos mentales como diagnóstico principal, b) las edades de los sujetos debían estar comprendidas entre 16 y 65 años.
 - b. Los criterios de exclusión fueron: a) Los participantes no podían presentar diagnóstico de retraso mental, b) no debían estar bajo los efectos de drogas ilegales y/o alcohol en el momento de la evaluación, c) no podían encontrarse ante situaciones vitales críticas (p.e. reciente diagnóstico de una enfermedad física grave).
- e) Finalmente en relación a la muestra clínica han participado a nivel público, sujetos pertenecientes a las Áreas II y VI de salud. A nivel privado se ha contado con sujetos atendidos en la Clínica de Psiquiatría y Psicología Mentsalud. En la Tabla 7.3 se especifican los distintos centros que participaron en el estudio.

Tabla 7.3

Centros/servicios informados del estudio

Centros/Servicios con los que se contacta	
-	Unidad de Hospitalización Psiquiátrica HGU Morales Meseguer (Área VI de salud)
-	Consultas externas de Psiquiatría del HGU Morales Meseguer (Área VI de salud)
-	Centro de Salud Mental Vicente Campillo de Molina de Segura (Área VI de salud)
-	Centro de Salud Mental de Cieza (Área IX de salud)
-	Centro de Salud Vistalegre-La Flota (Área VI de salud)
-	Clínica de Psiquiatría y Psicología Mentsalud
-	Unidad de Rehabilitación de Cartagena (Área II de salud)

En la Figura 7.7 se presenta el proceso de selección de los participantes clínicos.

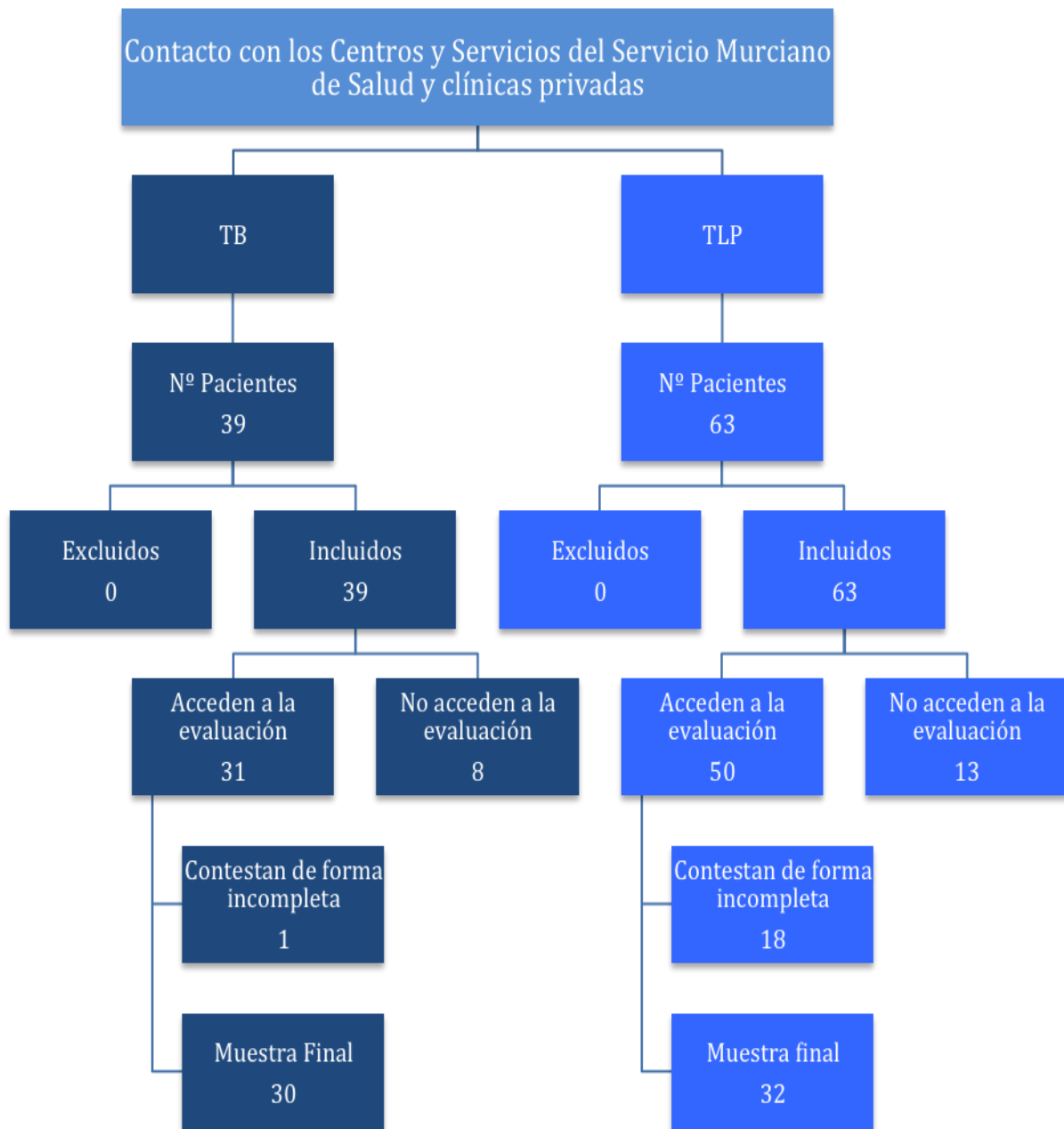


Figura 7.7

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de la población clínica

7.2.1.1. Instrumentos de evaluación

Los instrumentos utilizados en esta investigación fueron los siguientes:

1. *Registro de variables sociodemográficas y clínicas.* Se elaboró un documento de registro creado ad hoc que recoger variables de tipo personal, social y clínico (véase Anexo 2).

2. *Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test –MSCEIT-; Mayer, Salovey y Caruso, 2002) adaptada a población española por Extremera y Fernández-Berrocal (2009). Es un instrumento que consta de 141 ítems. Está diseñado para evaluar la inteligencia emocional entendida como una capacidad. No se trata de una medida de auto-informe sino de una prueba de habilidades (de rendimiento o capacidad) cuyas respuestas representan aptitudes reales para resolver problemas emocionales. Proporciona puntuaciones válidas y fiables en cada una de las cuatro áreas principales de la inteligencia emocional según el modelo de Mayer y Salovey (percepción emocional, facilitación emocional, comprensión emocional y manejo emocional). Además proporciona una puntuación total de inteligencia emocional (CIE total) así como puntuaciones en dos áreas, experiencial y estratégica, y en cada una de las tareas específicas que incluye el test (caras, dibujos, sensaciones, facilitación, combinaciones, cambios, manejo emocional y relaciones emocionales). Las distintas escalas y subescalas se explican en la Tabla 7.4. La versión española del MSCEIT tiene una fiabilidad en la puntuación total de .95 y una fiabilidad en las áreas de .93 en la Experiencial y de 0.90 en la Estratégica. Estos valores de fiabilidad son muy similares a los que se informan en la versión original del MSCEIT (Total = .91; Experiencial = .91; Estratégica = .85). Los valores de fiabilidad en las ramas oscilaron entre .76 (Facilitación emocional) y .93 (Percepción emocional). El MSCEIT se presenta como un instrumento altamente fiable tanto a nivel de puntuación total, como a nivel de las áreas y de las ramas. Los datos de la adaptación española muestran que los coeficientes alfa en las tareas son muy similares, o incluso superiores, a los obtenidos en la versión original. En relación a la validez, la versión española del MSCEIT presenta una validez de contenido adecuada, además, en cuanto a la validez factorial, todos los análisis realizados apoyan el modelo teórico de partida y aportan evidencias a favor del uso de este test como un adecuado instrumento para medir las cuatro ramas, las dos áreas y la puntuación total de la inteligencia emocional.*

Tabla 7.4

Puntuaciones del Test de Inteligencia Emocional Mayer-Salovey-Caruso; MSCEIT (Mayer, Salovey y Caruso, 2002).

PUNTUACIÓN GLOBAL TOTAL	
La puntuación CIE Total es un resumen del rendimiento del sujeto en el test. Esta puntuación compara el rendimiento del examinado en el MSCEIT con el de los sujetos de la muestra normativa.	
PUNTUACIONES DE ÁREA	
Área experiencial (CIEIX): la puntuación en el área experiencial evalúa la capacidad del sujeto para percibir, responder y manipular la información emocional sin que ello implique necesariamente que la comprende. Indica con qué precisión puede “leer” o expresar las emociones y si es capaz de comparar la información emocional con otros tipos de experiencias sensoriales (por ejemplo, colores o sonidos). Esto puede indicar cómo funciona el individuo bajo la influencia de diferentes emociones.	
Área estratégica (CIES): la puntuación en el área estratégica evalúa la capacidad del sujeto para comprender y manejar las emociones sin percibir ni experimentar necesariamente los sentimientos correctamente. Indica la precisión con que el examinando comprende el significado de las emociones (por ejemplo, la tristeza suele ser un signo de pérdida) y cómo pueden manejarse las propias emociones y las de los demás.	
PUNTUACIONES DE RAMA	PUNTUACIONES DE TAREA
Percepción emocional (CIEP): la percepción emocional hace referencia a la capacidad de reconocer cómo se siente un individuo y los que le rodean. Es decir, implica la capacidad de percibir y expresar los sentimientos (prestar atención y decodificar con precisión las señales emocionales de las expresiones faciales, el tono de la voz y las expresiones artísticas). Una evaluación precisa de las emociones comienza por atender a las expresiones emocionales.	<i>Caras:</i> en esta tarea se pide a los sujetos que identifiquen cómo se siente una persona basándose en su expresión facial. <i>Dibujos:</i> en esta tarea el sujeto debe indicar en qué medida distintas imágenes o paisajes expresan diversas emociones.
Facilitación emocional (CIEF): la puntuación en facilitación emocional refleja en qué medida los pensamientos y demás actividades cognitivas del individuo utilizan la información de su experiencia emocional. Por ejemplo, ser capaz de utilizar las propias emociones puede ayudar a una persona a resolver los problemas de forma creativa.	<i>Sensaciones:</i> el sujeto debe comparar distintas emociones con distintas sensaciones como la luz, el color y la temperatura. <i>Facilitación:</i> esta tarea mide el conocimiento del sujeto sobre cómo interactúan sus estados de ánimo y ayudan a sus procesos de pensamiento y razonamiento.
Comprensión emocional (CIEC): la puntuación en comprensión emocional se relaciona con la capacidad de etiquetar las emociones, es decir, de reconocer que hay grupos de términos relacionados con las emociones. Se trataría de entender qué es lo que da lugar a las distintas emociones. Por ejemplo, el enojo y la irritación pueden dar lugar a la ira si la causa de la irritación persiste y se hace más intensa.	<i>Combinaciones:</i> evalúa la capacidad del sujeto para analizar las combinaciones de emociones separándolas en sus componentes y, al revés, de unir emociones simples para generar sentimientos complejos. <i>Cambios:</i> mide el conocimiento del sujeto sobre las “cadenas” emocionales o cómo las emociones evolucionan de unas a otras.
Manejo emocional (CIEM): el manejo emocional significa que, en los momentos apropiados, uno “siente el sentimiento” en lugar de reprimirlo y lo utiliza para tomar mejores decisiones. También significa que se trabaja con los sentimientos de forma reflexiva, en lugar de actuar sobre ellos sin pensar. Por ejemplo, una reacción de ira puede ser eficaz a corto plazo, pero canalizar y dirigir la ira puede ser más adaptativo a largo plazo. Manejar las emociones implica la participación de éstas en el pensamiento y permitir que el pensamiento incluya las emociones.	<i>Manejo emocional:</i> mide la capacidad del sujeto para incorporar sus emociones en su proceso de toma de decisiones. En esta tarea se pide al examinando que evalúe la eficacia de distintas acciones para conseguir determinados objetivos que implican a otras personas. <i>Relaciones emocionales:</i> mide la capacidad del sujeto para incorporar las emociones en el proceso de toma de decisiones que implican a otras personas. En esta tarea se pide al sujeto que valore la eficacia de diferentes acciones para conseguir un objetivo que implique a otros.
PUNTUACIONES ADICIONALES	
Puntuación de dispersión: es un indicador de la cantidad de variación que hay entre las puntuaciones del sujeto en las distintas áreas. Indica si la cantidad de variación entre las tareas es la habitual o si esta variabilidad en el rendimiento es inusualmente elevada (puntuación típica > 115) o baja (puntuación típica < 85).	
Sesgo positivo-negativo: permite medir la tendencia de una persona a responder a los estímulos visuales del MSCEIT con emociones positivas o con emociones negativas. Puntuaciones altas indican un estilo de respuesta relativamente “positivo”, mientras que las puntuaciones más bajas indican una tendencia a asignar emociones negativas o menos positivas a los estímulos.	

3. *Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento (Functioning Assessment Short Test –FAST-; Rosa et al., 2007)* adaptado a población española por Ribeiro Rosa et al. (2008). Se trata de un instrumento desarrollado para la evaluación clínica del deterioro funcional que presentan los pacientes afectados de enfermedades mentales, incluyendo el TB. Es una escala heteroaplicada que se compone de 24 ítems que se agrupan en seis áreas de funcionamiento: Autonomía, Funcionamiento laboral, Funcionamiento cognitivo, Finanzas, Relaciones interpersonales y Ocio. Estas subescalas quedan explicadas en la Tabla 7.5. Es una escala destinada a la medición continua del funcionamiento de los pacientes. En relación a sus propiedades psicométricas, es una escala que ha mostrado una muy alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de .909 (Rosa et al., 2007). Además es una escala capaz de detectar pacientes eutímicos y agudos. En un estudio acerca de la fiabilidad de esta escala realizado con muestra finlandesa, se encontró una alta fiabilidad y validez psicométrica (Suominen, Salminen, Läteenmäki, Tupala e Isometsä, 2015).

Tabla 7.5

Subescalas de la Prueba Breve de Evaluación del Funcionamiento; FAST (Rosa et al, 2007).

Subescala	Descripción
Autonomía	Se refiere a la capacidad del paciente para hacer las cosas por sí mismo y tomar sus propias decisiones.
Funcionamiento Laboral	Incluye la capacidad de trabajar del paciente, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función de su formación académica.
Funcionamiento Cognitivo	Se trata de la capacidad de concentración, realización de cálculos mentales, resolución de problemas, aprendizaje y memoria para las nuevas tareas.
Finanzas	Hace referencia a la gestión del dinero y realización de compras equilibradas.
Relaciones interpersonales	Incluye las relaciones de amistad, familiares, participación en actividades sociales, relaciones sexuales y asertividad.
Ocio	Es la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones.

4. *Inventario de Depresión de Beck-II (Beck Depression Inventory-II -BDI-II-*; Beck, Steer y Brown, 2011) adaptado a población española por Sanz y Vázquez (2011). Se trata de un instrumento de autoinforme, compuesto por 21 ítems en formato tipo Likert. Inicialmente fue propuesto por Beck y en sus versiones posteriores ha sido de los instrumentos más utilizados para detectar y evaluar la gravedad de la depresión. A diferencia de otros test, sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. Este instrumento se aplicó para controlar y tener en cuenta la variable de estado de ánimo. Se estimó la fiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones de la adaptación española del BDI-II mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach. Este coeficiente oscila entre .87 y .89. Los coeficientes obtenidos con la adaptación española del BDI-II fueron similares a los encontrados en estudios previos realizados con muestras semejantes de otros países tanto con la versión original del instrumento como con sus correspondientes adaptaciones locales. Los análisis de validez indican que la estructura factorial de la adaptación española del BDI-II responde razonablemente bien a la definición sindrómica de la depresión de la que parte (es decir, como un conjunto de síntomas concretos que covarían), se muestra consistente en diferentes muestras españolas y es coherente con la estructura factorial de la versión original del BDI-II o de las adaptaciones realizadas.
5. *Inventario de Ansiedad de Beck (Beck Anxiety Inventory -BAI-*; Beck y Steer, 2011) adaptado a población española por Sanz (2011). Es un instrumento de autoinforme, con respuestas en formato tipo Likert desde Nada/en absoluto hasta Gravemente/casi no podría soportarlo, donde se pretende evaluar el grado de ansiedad. Está especialmente diseñada para medir los síntomas de la ansiedad menos compartidos con los de la depresión. Este instrumento se utilizó para controlar y tener en cuenta la variable de ansiedad. En relación a la fiabilidad del instrumento, se estimó la fiabilidad de consistencia interna de las puntuaciones de la adaptación española del BAI mediante el cálculo del coeficiente α de Cronbach. Estos coeficientes oscilaron entre .85 y .93. Además, los coeficientes obtenidos fueron similares a los encontrados en estudios previos realizados con muestras semejantes de otros países

tanto con la versión original del instrumento como con sus correspondientes adaptaciones locales. En cuanto a la validez, la estructura factorial de la adaptación española del CAI responde razonablemente bien a la definición sindrómica de la ansiedad de la que parte (es decir, como conjunto de síntomas que covarían), se muestra consistente en diferentes muestras españolas y es coherente con la estructura factorial de la versión original del BAI y de las adaptaciones realizadas en otros países.

7.3. ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los cálculos estadísticos se llevaron a cabo con el paquete estadístico SPSS 22.0.

Para la descripción de la muestra se procedió a calcular medias, desviaciones típicas, frecuencias y porcentajes.

Se comprobó que cada uno de los grupos clínicos estuviese equiparado al grupo control en relación a la edad y sexo mediante pruebas chi-cuadrado y ANOVAS.

El análisis de datos se centró principalmente en las diferencias en las variables Inteligencia emocional e Ira entre los tres grupos (clínicos y no clínico) mediante MANOVAS y comparaciones post-hoc. Previamente se comprobó si las varianzas de los grupos eran homogéneas mediante la prueba de Levene, para así elegir el estadístico adecuado (prueba DHS de Tukey o Games-Howel). Además se presentará el cálculo de la eta cuadrado parcial para cada variable.

Posteriormente se hizo la comparación entre los dos grupos clínicos mediante Pruebas T de medias independientes.

Se realizó el análisis de covarianza (ANCOVAS), con el fin de conocer si influían las variables depresión, ansiedad y sexo en los grupos clínicos, comprobando los supuestos homocedasticidad, con la prueba de Levene, esfericidad, prueba de Machly y homogeneidad de las matrices varianzas-covarianzas, con la prueba de Box. Cuando alguno de estos supuestos se incumplió, se interpretaron las pruebas F ajustadas por el método de Greinhouse-Geisser.

Para analizar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables que conformaban los constructos IE e Ira en variables

Método

sociodemográficas y clínicas en cada grupo clínico, se utilizaron análisis de varianza (ANOVAS).

Capítulo 8

RESULTADOS

Los resultados han consistido en primer lugar en analizar la equiparación de grupos para posteriormente, analizar las comparaciones intergrupo mediante un análisis multivariante y posteriores comparaciones post-hoc de las variables que conforman el constructo Inteligencia Emocional. Se realizaron comparación de medias independientes en las variables depresión y ansiedad entre los dos grupos clínicos (TB y TLP), analizando si podrían estar actuando como covariables de IE. Finalmente, se llevaron a cabo comparaciones intragrupo respecto de las variables sociodemográficas y clínicas.

8.1. EQUIPARACIÓN DE GRUPOS

La primera fase del análisis de los resultados consistió en comprobar si los tres grupos estaban equiparados en las variables sexo, edad, estado civil, nivel de estudios y situación laboral (véase Tabla 8.1).

Resultados

Tabla 8.1

Diferencias entre los grupos en variables sociodemográficas

	TB	TLP	GC	X²/ANOVA
	N (%)	N (%)	N (%)	
Sexo (Hombres)	16 (53.3%)	6 (18.8%)	15 (44.1%)	.011*
Edad (M, DT)	43.33 (10.71)	33.0 (7.79)	36.53 (11.43)	.000*
Estado civil				.007*
- Casados	15 (50%)	3 (9.4%)	14 (41.2%)	
- Solteros	11 (36.7%)	25 (78.1%)	17 (50%)	
- Separados/Divorciados	4 (13.3%)	4 (12.5%)	3 (8.8%)	
Nivel de estudios				.005*
- Primaria/EGB	4 (13.3%)	7 (21.9%)	0 (0%)	
- Secundaria	2 (6.7%)	1 (3.1%)	0 (0%)	
- Módulo grado medio	4 (13.3%)	3 (9.4%)	0 (0%)	
- Bto/Módulo grado superior	3 (10%)	10 (31.3%)	8 (23.5%)	
- Universitarios	17 (56.7%)	11 (34.4%)	26 (76.5%)	
Situación laboral				.000*
- Trabajando	15 (50%)	9 (28.1%)	26 (76.5%)	
- Ama de casa	1 (3.3%)	1 (3.1%)	2 (5.9%)	
- En paro	3 (10%)	10 (31.3%)	2 (5.9%)	
- Estudiante	2 (6.7%)	9 (28.1%)	4 (11.8%)	
- Minusvalía/pensionista por enfermedad mental	9 (30%)	3 (9.4%)	0 (0%)	

*P < .05

Como puede observarse las diferencias estadísticamente significativas estarían en las distintas condiciones sociodemográficas señaladas en esta tabla.

8.2. COMPARACIONES INTERGRUPO

8.2.1. Análisis multivariante y comparaciones Post-Hoc en Inteligencia Emocional

Se presentaron diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos en las variables de Inteligencia emocional ($F(34, 154) = 2.799; p < .01$). Posteriormente se procedió a la realización de un análisis multivariante (MANOVA) sobre las distintas variables dependientes que componen el constructo IE. Como se puede observar en la Tabla 8.2, las variables que adquirieron significación estadística fueron: Cociente Inteligencia Emocional

Total, Área experiencial y estratégica, las puntuaciones de rama (percepción, facilitación, comprensión y manejo emocional) y las puntuaciones de tarea (caras, dibujos, facilitación, cambios, manejo emocional y relaciones emocionales). Se puede observar que el mayor porcentaje de varianza explicada fue en Cociente Inteligencia Emocional Total (η^2) con un 20.1% de varianza.

Tabla 8.2

Manova de las variables dependientes de IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (g1); p	η^2
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(2, 93)=11.694; p=.000$.201
	TLP	32	99.969	16.097		
	GC	34	118.118	14.537		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(2, 93)=6.469; p=.002$.122
	TLP	32	101.469	15.610		
	GC	34	108.588	14.196		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(2, 93)=10.791; p=.000$.188
	TLP	32	93.688	11.275		
	GC	34	106.677	12.898		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(2, 93)=5.091; p=.008$.099
	TLP	32	104.438	16.192		
	GC	34	105.500	12.854		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(2, 93)=5.388; p=.006$.104
	TLP	32	95.688	13.199		
	GC	34	108.794	14.948		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(2, 93)=8.016; p=.001$.147
	TLP	32	92.000	10.311		
	GC	34	104.029	13.525		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(2, 93)=7.371; p=.001$.137
	TLP	32	97.469	15.234		
	GC	34	106.706	11.700		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(2, 93)=4.571; p=.013$.089
	TLP	32	104.125	12.404		
	GC	34	101.735	15.706		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(2, 93)=3.453; p=.036$.069
	TLP	32	103.813	18.142		
	GC	34	107.500	12.950		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(2, 93)=3.952; p=.023$.078
	TLP	32	90.906	12.468		
	GC	34	104.118	19.713		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(2, 93)=.961; p=.386$.020
	TLP	32	103.375	13.574		

Resultados

	GC	34	106.853	16.452		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(2, 93)=9.824; p=.000$.174
	TLP	32	91.406	11.799		
	GC	34	104.677	12.207		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(2, 93)=2.311; p=.105$.047
	TLP	32	95.063	13.137		
	GC	34	101.794	14.501		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(2, 93)=7.194; p=.001$.134
	TLP	32	96.031	15.930		
	GC	34	106.618	13.667		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(2, 93)=6.283; p=.003$.119
	TLP	32	99.656	13.444		
	GC	34	104.412	10.151		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(2, 93)=.933; p=.397$.020
	TLP	32	105.813	19.489		
	GC	34	102.294	14.358		
Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(2, 93)=.458; p=.634$.010
	TLP	32	90.656	5.386		
	GC	34	89.794	3.236		

En la Figura 8.1 se pueden observar las distintas puntuaciones medias en las variables de Rama que componen el constructo IE. En todas ellas se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los tres grupos. El rendimiento ha sido mayor para el GC. El menor rendimiento se ha encontrado en Facilitación y Comprensión emocional en el grupo de TLP mientras que en Percepción y Manejo emocional era menor en el grupo de TB.

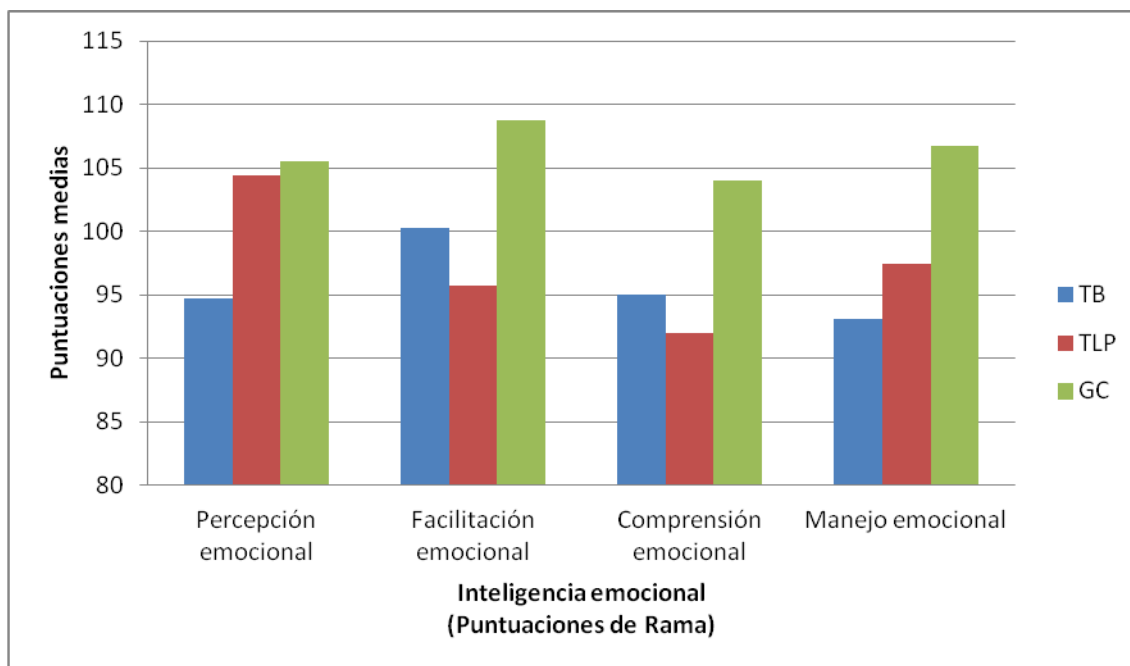


Figura 8.1

Medias en IE en los tres grupos en las puntuaciones de rama

En aquellas variables donde se alcanzó significación estadística, se procedió a la realización de las comparaciones post-hoc. Atendiendo a los resultados de la prueba de Levene, se utilizó la prueba *T* de Tukey o Games-Howell, según fuese preciso. Los resultados de la significación de dichas pruebas pueden observarse en la Tabla 8.3.

Tabla 8.3

Comparación por pares (prueba DHS de Tukey y Games-Howell)

VDs	Comparaciones	p
CIE	TB vs TLP	.923
	TB vs GC	.001
	TLP vs GC	.000
Área experiencial	TB vs TLP	.232
	TB vs GC	.002
	TLP vs GC	.131
Área estratégica	TB vs TLP	1.000
	TB vs GC	.000
	TLP vs GC	.000
Percepción emocional	TB vs TLP	.028
	TB vs GC	.012
	TLP vs GC	.954

Resultados

Facilitación emocional	TB vs TLP	.568
	TB vs GC	.158
	TLP vs GC	.001
Comprensión emocional	TB vs TLP	.631
	TB vs GC	.015
	TLP vs GC	.001
Manejo emocional	TB vs TLP	.472
	TB vs GC	.001
	TLP vs GC	.030
Caras	TB vs TLP	.013
	TB vs GC	.068
	TLP vs GC	.765
Dibujos	TB vs TLP	.224
	TB vs GC	.029
	TLP vs GC	.623
Facilitación	TB vs TLP	.330
	TB vs GC	.391
	TLP vs GC	.016
Sensaciones	TB vs TLP	.850
	TB vs GC	.437
	TLP vs GC	.618
Cambios	TB vs TLP	.361
	TB vs GC	.014
	TLP vs GC	.000
Combinaciones	TB vs TLP	.998
	TB vs GC	.175
	TLP vs GC	.147
Manejo emocional	TB vs TLP	.794
	TB vs GC	.002
	TLP vs GC	.012
Relaciones emocionales	TB vs TLP	.035
	TB vs GC	.009
	TLP vs GC	.248

Como se puede observar en esta Tabla, se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos (TB-TLP) en las variables Percepción emocional, Caras y Relaciones emocionales, con puntuaciones mayores y por tanto mejor rendimiento en el grupo de pacientes con TLP. Se observaron diferencias estadísticamente significativas entre TB y GC en las siguientes variables: CIE, Área experiencial y estratégica, Percepción, Comprensión y Manejo emocional, Dibujos, Cambios, Manejo y Relaciones emocionales, con puntuaciones medias mayores para el grupo control. En relación a las diferencias estadísticamente significativas entre TLP

y GC, se hallaron en las variables: CIE, Área estratégica, Facilitación, Comprensión y Manejo emocional y en las tareas de Facilitación, Cambios y Manejo emocional, con rendimiento mayor para el grupo control en todas ellas.

8.2.2. Comparación de medias independientes en las variables depresión y ansiedad entre los grupos clínicos

En la Tabla 9.4 se presentan los resultados de la comparación de medias independientes entre los grupos clínicos en las variables depresión (BDI) y ansiedad (BAI). Como puede observarse, los resultados fueron significativos entre ambos grupos, destacando mayores puntuaciones en el grupo diagnosticado de TLP.

Tabla 8.4

Comparación de medias independientes en las variables depresión y ansiedad

VDs	GRUPO	N	M	DT	t (gl); p
BDI	TB	30	5.700	6.849	t (60, 44) = -5.531; p=.000
	TLP	32	22.438	15.183	
BAI	TB	30	5.500	3.048	t (60, 44) = -4.319; p=.000
	TLP	32	17.000	14.276	

8.2.3. Depresión, ansiedad y sexo como covariables de IE

En este apartado se describen tres tipos de análisis: 1) Análisis de varianza de las variables que conforman el constructo sin tener en cuenta las variables BDI y BAI. 2) Análisis de covarianza (ANCOVA) sobre el conjunto de las variables de Inteligencia Emocional en relación a depresión y ansiedad. 3) Análisis de covarianza (ANCOVA) sobre el conjunto de variables de IE en relación al sexo.

8.2.3.1. Ansiedad y depresión como covariable de IE

En relación a la Inteligencia Emocional, en la Tabla 8.5 se puede observar que existen diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos en Percepción emocional ($p = .017$), Caras ($p = .003$) y Relaciones emocionales ($p = .050$). La variable Caras es la que mayor porcentaje de varianza explicada alcanza (14.2 %).

Resultados

Tabla 8.5

Análisis de varianza de las variables que componen el constructo IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (g1); p	η^2
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(1, 60) = 0.127; p=.723$	.002
	TLP	32	99.969	16.097		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(1, 60) = 2.590; p=.113$	.041
	TLP	32	101.469	15.610		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(1, 60) = 0.001; p=.981$	.000
	TLP	32	93.688	11.275		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(1, 60) = 6.004; p=.017$	.091
	TLP	32	104.438	16.192		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(1, 60) = 1.070; p=.305$	.018
	TLP	32	95.688	13.199		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(1, 60) = 0.904; p=.346$	.015
	TLP	32	92.000	10.311		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(1, 60) = 1.155; p=.287$	.019
	TLP	32	97.469	15.234		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(1, 60) = 9.921; p=.003$	.142
	TLP	32	104.125	12.404		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(1, 60) = 2.322; p=.583$	.005
	TLP	32	103.813	18.142		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(1, 60) = 2.119; p=.151$	.034
	TLP	32	90.906	12.468		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(1, 60) = 0.305; p=.583$	.005
	TLP	32	103.375	13.574		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(1, 60) = 1.843; p=.180$	.030
	TLP	32	91.406	11.799		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(1, 60) = 0.003; p=.956$	.000
	TLP	32	95.063	13.137		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(1, 60) = 0.390; p=.534$	.006
	TLP	32	96.031	15.930		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(1, 60) = 3.936; p=.050$	.062
	TLP	32	99.656	13.444		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(1, 60) = 0.260; p=.612$	.004
	TLP	32	105.813	19.489		
Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(1, 60) = 0.623; p=.433$	.010
	TLP	32	90.656	5.386		

En la Tabla 8.6 se presentan los análisis de la covariable depresión en el constructo IE. Se observa que sigue habiendo diferencias estadísticamente significativas en la variable Percepción emocional ($p=.022$) y en Relaciones

emocionales ($p = .017$). Deja de haber diferencias significativas en la tarea de Caras, al controlar el estado de ánimo de los pacientes.

Tabla 8.6

Depresión como covariable del constructo IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p	η^2
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(1, 60) = 0.023; p=.880$	.000
	TLP	32	99.969	16.097		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(1, 60) = 2.865; p=.096$	.046
	TLP	32	101.469	15.610		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(1, 60) = 0.025; p=.876$	.000
	TLP	32	93.688	11.275		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(1, 60) = 5.507; p=.022$	.085
	TLP	32	104.438	16.192		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(1, 60) = 0.297; p=.588$	.005
	TLP	32	95.688	13.199		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(1, 60) = 2.003; p=.162$	.033
	TLP	32	92.000	10.311		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(1, 60) = 2.815; p=.099$	.046
	TLP	32	97.469	15.234		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(1, 60) = 3.978; p=.051$	.063
	TLP	32	104.125	12.404		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(1, 60) = 3.601; p=.063$	.058
	TLP	32	103.813	18.142		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(1, 60) = 1.291; p=.260$	.021
	TLP	32	90.906	12.468		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(1, 60) = 0.582; p=.448$	.010
	TLP	32	103.375	13.574		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(1, 60) = 1.458; p=.232$	.024
	TLP	32	91.406	11.799		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(1, 60) = 1.391; p=.243$	.023
	TLP	32	95.063	13.137		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(1, 60) = 1.264; p=.265$	.021
	TLP	32	96.031	15.930		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(1, 60) = 5.986; p=.017$	.092
	TLP	32	99.656	13.444		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(1, 60) = 0.297; p=.588$	.005
	TLP	32	105.813	19.489		
Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(1, 60) = 0.001; p=.979$	.000
	TLP	32	90.656	5.386		

Como se puede observar en la Tabla 8.7, al controlar la ansiedad de los sujetos, aparecen diferencias estadísticamente significativas en el Área

Resultados

experiencial ($p = 0.26$), en las puntuaciones de Rama de Percepción ($p = 0.15$) y Manejo emocional ($p = 0.35$), y en las puntuaciones de Tarea de Caras ($p = 0.19$) y Relaciones emocionales ($p = 0.10$).

Tabla 8.7

Ansiedad como covariable del constructo IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p	η^2
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(1, 60) = 0.376; p = .542$	.006
	TLP	32	99.969	16.097		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(1, 60) = 5.222; p = .026$	.081
	TLP	32	101.469	15.610		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(1, 60) = 0.140; p = .710$	.002
	TLP	32	93.688	11.275		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(1, 60) = 6.287; p = .015$	.096
	TLP	32	104.438	16.192		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(1, 60) = 0.001; p = .978$	.000
	TLP	32	95.688	13.199		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(1, 60) = 2.279; p = .136$	.037
	TLP	32	92.000	10.311		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(1, 60) = 4.683; p = .035$	.074
	TLP	32	97.469	15.234		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(1, 60) = 5.817; p = .019$	.090
	TLP	32	104.125	12.404		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(1, 60) = 3.786; p = .056$	.060
	TLP	32	103.813	18.142		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(1, 60) = 0.313; p = .578$	.005
	TLP	32	90.906	12.468		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(1, 60) = 1.097; p = .299$	.018
	TLP	32	103.375	13.574		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(1, 60) = 2.386; p = .128$	.039
	TLP	32	91.406	11.799		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(1, 60) = 1.089; p = .301$	.018
	TLP	32	95.063	13.137		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(1, 60) = 2.301; p = .135$	.038
	TLP	32	96.031	15.930		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(1, 60) = 6.995; p = .010$	.106
	TLP	32	99.656	13.444		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(1, 60) = 0.345; p = .559$	.006
	TLP	32	105.813	19.489		
Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(1, 60) = 0.027; p = .871$	.000
	TLP	32	90.656	5.386		

En la Tabla 8.8 se presentan los resultados de controlar como covariables la ansiedad y la depresión sobre la IE. Se observa que se mantienen las diferencias en Percepción emocional y en Relaciones emocionales al controlar tanto el estado de ánimo como la ansiedad de los pacientes.

Tabla 8.8

Depresión y ansiedad como covariables del constructo IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p	η²
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(1, 60) = 0.082; p=.776$	.001
	TLP	32	99.969	16.097		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(1, 60) = 3.391; p=.071$	.055
	TLP	32	101.469	15.610		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(1, 60) = 0.045; p=.832$	.001
	TLP	32	93.688	11.275		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(1, 60) = 5.557; p=.022$	.087
	TLP	32	104.438	16.192		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(1, 60) = .166; p=.685$	.003
	TLP	32	95.688	13.199		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(1, 60) = 2.151; p=.148$	.036
	TLP	32	92.000	10.311		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(1, 60) = 3.441; p=.069$	.056
	TLP	32	97.469	15.234		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(1, 60) = 3.895; p=.053$	.063
	TLP	32	104.125	12.404		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(1, 60) = 3.717; p=.059$	.060
	TLP	32	103.813	18.142		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(1, 60) = 1.047; p=.310$	.018
	TLP	32	90.906	12.468		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(1, 60) = .699; p=.406$	.012
	TLP	32	103.375	13.574		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(1, 60) = 1.588; p=.213$	.027
	TLP	32	91.406	11.799		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(1, 60) = 1.540; p=.220$	.026
	TLP	32	95.063	13.137		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(1, 60) = 1.574; p=.215$	.026
	TLP	32	96.031	15.930		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(1, 60) = 6.371; p=.014$	.099
	TLP	32	99.656	13.444		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(1, 60) = 0.305; p=.583$	.005
	TLP	32	105.813	19.489		
Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(1, 60) = 0.005; p=.944$	.000
	TLP	32	90.656	5.386		

Resultados

8.2.3.2. Sexo como covariable de IE

En la Tabla 8.9 se presentan los análisis de la covariable sexo en el constructo IE. Se observa que sigue habiendo diferencias estadísticamente significativas en la variable Percepción emocional ($p = .031$) y en Caras ($p = .002$). Deja de haber diferencias significativas en la tarea de Relaciones emocionales ($p = .055$), al controlar el sexo de los pacientes.

Tabla 8.9

Sexo como covariable del constructo IE

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (g1); p	η^2
CIE	TB	30	101.600	19.887	$F(1, 60) = 0.106; p = .746$	.062
	TLP	32	99.969	16.097		
Área experiencial	TB	30	95.267	14.673	$F(1, 60) = 2.398; p = .127$	.331
	TLP	32	101.469	15.610		
Área estratégica	TB	30	93.767	14.901	$F(1, 60) = 0.123; p = .727$	.064
	TLP	32	93.688	11.275		
Percepción emocional	TB	30	94.667	15.137	$F(1, 60) = 4.866; p = .031$	.583
	TLP	32	104.438	16.192		
Facilitación emocional	TB	30	100.233	20.789	$F(1, 60) = 1.030; p = .314$	.170
	TLP	32	95.688	13.199		
Comprensión emocional	TB	30	94.967	14.085	$F(1, 60) = 0.437; p = .511$	.100
	TLP	32	92.000	10.311		
Manejo emocional	TB	30	93.133	16.527	$F(1, 60) = 2.246; p = .139$	.314
	TLP	32	97.469	15.234		
Caras	TB	30	93.900	13.158	$F(1, 60) = 10.227; p = .002$	.882
	TLP	32	104.125	12.404		
Dibujos	TB	30	97.000	16.983	$F(1, 60) = 1.219; p = .274$	.192
	TLP	32	103.813	18.142		
Facilitación	TB	30	97.833	23.645	$F(1, 60) = 1.151; p = .288$	.184
	TLP	32	90.906	12.468		
Sensaciones	TB	30	100.867	25.551	$F(1, 60) = 0.068; p = .796$	.058
	TLP	32	103.375	13.574		
Cambios	TB	30	95.733	13.290	$F(1, 60) = 1.290; p = .261$	.201
	TLP	32	91.406	11.799		
Combinaciones	TB	30	95.267	15.715	$F(1, 60) = 0.066; p = .799$	.057
	TLP	32	95.063	13.137		
Manejo emocional	TB	30	93.600	14.621	$F(1, 60) = 1.007; p = .320$	.167
	TLP	32	96.031	15.930		
Relaciones emocionales	TB	30	90.333	22.675	$F(1, 60) = 3.827; p = .055$	.486
	TLP	32	99.656	13.444		
Dispersión	TB	30	108.333	19.384	$F(1, 60) = 2.077; p = .155$	.294
	TLP	32	105.813	19.489		

Sesgo	TB	30	89.567	5.482	$F(1, 60) = 0.171; p=.681$.069
	TLP	32	90.656	5.386		

8.3. COMPARACIONES INTRAGRUPPO

Para analizar las diferencias dentro de cada grupo clínico, se realizaron pruebas de comparación de medias en cada uno de los grupos. A continuación se especifican las variables en las que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el grupo de pacientes con TB y en el grupo de pacientes con TLP.

8.3.1. Comparaciones intragrupo en sujetos con TB en relación a la escala de IE

En relación al grupo de sujetos diagnosticados de TB, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una o más variables de IE atendiendo a variables sociodemográficas (sexo y edad) y clínicas (tipo de episodio más reciente, consumo de tóxicos, gestos autolíticos previos y antecedentes familiares psiquiátricos). No obstante, hemos de tener en cuenta el reducido tamaño muestral en algunas categorías.

Para analizar las diferencias en relación a la edad, se realizó la Prueba Chi cuadrado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables que componen el constructo de IE en base a la edad. En CIE total por ejemplo, se encontró lo siguiente: $X^2(414) = 408.750; p = .564$.

En relación al tipo de TB, se puede observar en la Tabla 8.10 que se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas en IE, en concreto en CIE, Área estratégica, Comprensión emocional y Sensaciones, puntuando los pacientes con TB tipo II por encima que los tipo I.

Tabla 8.10

Comparación de medias en IE atendiendo al tipo de TB

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
CIE	Tipo I	19	96.158	20.546	$F(1, 28) = 4.325; p=.047$
	Tipo II	11	111.000	15.284	
Área estratégica	Tipo I	19	89.421	14.837	$F(1, 28) = 5.017; p=.033$
	Tipo II	11	101.273	12.240	

Resultados

Comprensión emocional	Tipo I	19	91.000	15.333	$F(1, 28) = 4.624; p=.040$
	Tipo II	11	101.818	8.400	
Sensaciones	Tipo I	19	94.526	21.151	$F(1, 28) = 5.122; p=.032$
	Tipo II	11	111.818	18.258	

En la Tabla 8.11, se puede observar que en relación al tipo de episodio más reciente, existían diferencias estadísticamente significativas en IE, en concreto en las variables Cambios y Relaciones emocionales, con una media en superior en la primera puntuación de tarea para aquellos con episodio depresivo, y en la segunda tarea para aquellos con episodio hipomaniaco. Por tanto, en ambas tareas, la puntuación media menor se obtuvo para el grupo con episodio más reciente de tipo maniaco.

Tabla 8.11

Comparación de medias en IE atendiendo a tipo de episodio más reciente

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Cambios	Maníaco	14	92.857	16.351	$F(2, 25) = 4.082; p=.038$
	Hipomaniaco	6	94.500	7.739	
	Depresivo	8	98.875	8.425	
	No especificado	1	93.000	0.000	
Relaciones emocionales	Maníaco	14	82.071	11.711	$F(2, 25) = 0.244; p=.045$
	Hipomaniaco	6	100.500	11.726	
	Depresivo	8	95.000	38.804	
	No especificado	1	99.000	0.000	

En la Tabla 8.12, queda reflejada la significación estadística en CIE y las dos Áreas (experiencial y estratégica) en relación a si los pacientes presentan o no consumo de tóxicos asociado. Puntuaban más alto y por tanto su rendimiento era mejor en estas variables en aquellos pacientes que no consumían tóxicos

Tabla 8.12

Comparación de medias en IE atendiendo a consumo de tóxicos

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
CIE	Si	9	97.000	11.895	$F(1, 28) = 0.680; p=.046$
	No	21	103.571	22.433	
Área experiencial	Si	9	93.000	8.617	$F(1, 28) = 0.299; p=.046$
	No	21	96.238	16.709	

Área estratégica	Si	9	89.889	6.071	$F(1, 28) = 0.867; p=.003$
	No	21	95.429	17.249	

Respecto a la presencia de gestos autolíticos previos, en la Tabla 8.13, pueden observarse las diferencias estadísticamente significativas IE. En concreto, la puntuación de tarea de Facilitación, con un mejor rendimiento para el grupo que no informa de gestos autolíticos.

Tabla 8.13

Comparación de medias en IE atendiendo a la presencia de antecedentes de gestos autolíticos

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Facilitación	Si	5	81.200	44.997	$F(1, 28) = 3.194; p=.004$
	No	25	101.160	16.400	

En la Tabla 8.14, quedan reflejadas las diferencias estadísticamente significativas en función de la presencia o no de antecedentes familiares psiquiátricos. En concreto, estas diferencias se hallan en las puntuaciones de Rama de Percepción y Manejo emocional y en la puntuación de Tarea de Relaciones emocionales.

Tabla 8.14

Comparación de medias en IE atendiendo a la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Percepción emocional	Si	15	95.533	12.135	$F(1, 28) = 0.095; p=.037$
	No	15	93.800	18.048	
Manejo emocional	Si	15	95.133	20.467	$F(1, 28) = 0.431; p=.035$
	No	15	91.133	11.849	
Relaciones emocionales	Si	15	87.200	29.841	$F(1, 28) = 0.564; p=.040$
	No	15	93.467	12.392	

Para analizar las diferencias en relación al nivel de autonomía, se realizó la Prueba Chi cuadrado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de la Escala FAST en ninguna de las

Resultados

variables que formaban el constructo de IE. Cuando se analizan las diferencias en cada uno de los factores que componen la escala FAST, se observaron diferencias estadísticamente significativas la variable Percepción emocional, en lo relativo a la subescala Laboral, con los siguientes datos: $X^2(231) = 268.375; p = .046$. También en la variable Sensaciones, en lo relativo a la subescala Cognitivo, con los datos que se especifican a continuación: $X^2(126) = 159.036; p = .025$.

8.3.2. Comparaciones intragrupo en sujetos con TB en relación al nivel de autonomía o capacidad funcional

En relación al grupo de sujetos diagnosticados de TB, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una o más variables de capacidad funcional o autonomía atendiendo a variables y clínicas (tipo de remisión, presencia de ansiedad asociada, consumo de tóxicos, antecedentes familiares psiquiátricos, adherencia al tratamiento psiquiátrico y tratamiento psicológico). No obstante, hemos de tener en cuenta el reducido tamaño muestral en algunas categorías.

Como se puede observar en la Tabla 8.15, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al tipo de remisión, siendo las puntuaciones medias más altas, y por tanto el nivel de funcionalidad peor, en aquellos pacientes con TB que presentaban una remisión parcial, frente a los que presentaban una remisión total del episodio. En concreto, estas diferencias se encontraron en la escala global, así como en las subescalas de Autonomía, Cognitivo, Finanzas, Relaciones interpersonales y Ocio.

Tabla 8.15

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a tipo de remisión

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Parcial	4	33.500	10.017	$F(1, 19) = 23.467; p=.000$
	Total	17	9.294	8.788	
Autonomía	Parcial	9	5.000	2.708	$F(1, 19) = 12.894; p=.002$
	Total	21	1.294	1.649	
Cognitivo	Parcial	9	8.750	2.217	$F(1, 19) = 68.944; p=.000$
	Total	21	1.706	1.359	
Finanzas	Parcial	9	2.750	1.258	$F(1, 19) = 26.141; p=.000$
	Total	21	0.412	0.712	

Relaciones interpersonales	Parcial	9	8.500	2.380	$F(1, 19) = 22.803; p=.000$
	Total	21	2.059	2.436	
Ocio	Parcial	9	2.750	1.500	$F(1, 19) = 15.791; p=.001$
	Total	21	0.706	0.772	

Como se puede observar en la Tabla 8.16, en relación a si había ansiedad asociada o no, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala Cognitivo, con una puntuación media mayor para el grupo con ansiedad.

Tabla 8.16

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a si hay ansiedad asociada o no

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Cognitivo	Con ansiedad	8	2.125	4.224	$F(1, 26) = 4.614; p=.041$
	Sin ansiedad	20	2.500	2.259	

En la Tabla 8.17 se especifican las diferencias estadísticamente significativas encontradas en este grupo clínico en función del consumo de tóxicos. La puntuación media mayor fue para los que presentaban consumo de tóxicos en la subescala de Relaciones interpersonales.

Tabla 8.17

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al consumo de tóxicos

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Relaciones interpersonales	Si	9	6.000	3.937	$F(1, 28) = 5.949; p=.021$
	No	21	2.619	3.278	

En relación a los antecedentes familiares psiquiátricos, las diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las subescalas de Autonomía y Laboral. La puntuación media mayor fue para el grupo sin antecedentes familiares (véase Tabla 8.18)

Resultados

Tabla 8.18

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a los antecedentes familiares psiquiátricos

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Autonomía	Con antecedentes	15	1.133	2.066	$F(1, 28) = 4.670; p=.039$
	Sin antecedentes	15	3.267	3.218	
Laboral	Con antecedentes	15	1.400	1.919	$F(1, 28) = 5.542; p=.026$
	Sin antecedentes	15	4.800	5.254	

En la Tabla 8.19 se pueden observar las diferencias estadísticamente significativas encontradas en el grupo de pacientes con TB en función de la adherencia al tratamiento farmacológico. En la puntuación global y en las subescalas de Finanzas, Relaciones interpersonales y Ocio, los pacientes que no tenían una buena adherencia al tratamiento psiquiátrico, puntuaban por encima que los que sí tenían una buena adherencia.

Tabla 8.19

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a la adherencia al tratamiento psiquiátrico

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Si	22	11.000	12.173	$F(1, 28) = 6.997; p=.013$
	No	8	25.500	16.142	
Finanzas	Si	22	0.591	1.008	$F(1, 28) = 5.994; p=.021$
	No	8	1.750	1.488	
Relaciones interpersonales	Si	22	2.818	3.231	$F(1, 28) = 4.310; p=.047$
	No	8	5.875	4.422	
Ocio	Si	22	0.818	1.053	$F(1, 28) = 5.068; p=.032$
	No	8	2.000	1.773	

Como puede verse en la Tabla 8.20, en función de si se ha llevado a cabo tratamiento psicológico o no, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la subescala de Autonomía, con una puntuación media mayor para los que no habían estado en psicoterapia.

Tabla 8.20

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al tratamiento psicológico

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Autonomía	Si	19	1.368	2.266	$F(1, 28) = 4.943; p=.034$
	No	11	3.636	3.325	

8.3.3. Comparaciones intragrupo sujetos con TLP en relación a la escala de IE

En relación al grupo de sujetos diagnosticados de TLP, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una o más variables de IE tanto en variables sociodemográficas (sexo y edad) como clínicas (gestos autolíticos previos, presencia de autolesiones y antecedentes familiares psiquiátricos). Al igual que en el apartado anterior, se ha de considerar el reducido tamaño muestral presente en algunas categorías

En relación al sexo, las diferencias estadísticamente significativas se hallaron en la puntuación de Tarea de Manejo emocional, puntuando por encima los varones frente a las mujeres (véase Tabla 8.21).

Tabla 8.21

Comparación de medias en IE atendiendo a sexo

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Manejo emocional	Varón	6	101.667	23.080	$F(1, 30) = 0.922; p=.038$
	Mujer	26	94.731	14.098	

Para analizar las diferencias en relación a la edad, se realizó la Prueba Chi- cuadrado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las variables que componen el constructo de IE en base a la edad. En CIE total por ejemplo, se encontró: $X^2(456) = 452.000; p = .544$.

Como puede observarse en la Tabla 8.22, los pacientes con TLP que habían presentado gestos autolíticos tenían una puntuación media menor en la puntuación de Tarea de Manejo emocional, alcanzando la significación estadística.

Resultados

Tabla 8.22

Comparación de medias en IE atendiendo a antecedentes de gestos autolíticos

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Manejo emocional	Si	22	95.227	13.356	$F(1, 30) = 0.175; p=.007$
	No	10	97.800	21.280	

En la Tabla 8.23 se incluyen las diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia o no de autolesiones en el grupo de pacientes con TLP. Como puede observarse, se hallaron puntuaciones medias mayores en la tarea de Facilitación en el grupo que no presentaban autolesiones.

Tabla 8.23

Comparación de medias en IE atendiendo la presencia de autolesiones

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Facilitación	Con autolesiones	12	87.167	15.032	$F(1, 30) = 1.770; p=.035$
	Sin autolesiones	20	93.150	10.424	

Como se observa en la Tabla 8.24, los pacientes con TLP con antecedentes familiares psiquiátricos frente a los que no tenían estos antecedentes, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de Rama de Facilitación emocional y en la puntuación de Tarea de Relaciones emocionales.

Tabla 8.24

Comparación de medias en IE atendiendo a antecedentes familiares psiquiátricos

VDs	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
Facilitación emocional	Si	17	96.000	10.482	$F(1, 30) = 0.020; p=.037$
	No	15	95.333	16.123	
Relaciones emocionales	Si	17	97.824	14.578	$F(1, 30) = 1.183; p=.042$
	No	15	98.533	17.505	

Al igual que en apartado anterior, para analizar las diferencias en relación al nivel de autonomía, se realizó la Prueba Chi cuadrado. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de la Escala FAST en ninguna de las variables que formaban el constructo de IE. Cuando se analizan las diferencias en cada uno de los factores que componen la escala FAST, se observaron diferencias estadísticamente significativas la variable Área experiencial, en lo relativo a la subescala Cognitivo, con los siguientes datos: $X^2 (240) = 281.807; p = .033$. También en la variable Facilitación emocional, en lo relativo a la subescala Cognitivo, con los datos que se especifican a continuación: $X^2 (240) = 280.356; p = .038$. Por último, también se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la variable Comprensión emocional, en relación a la variable Laboral y Cognitiva, con los datos que se especifican a seguidamente y de manera respectiva: $X^2 (210) = 247.733; p = .038$ y $X^2 (210) = 257.052; p = .015$.

8.3.4. Comparaciones intragrupo en sujetos con TLP en relación al nivel de autonomía o capacidad funcional

En relación al grupo de sujetos diagnosticados de TLP, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en una o más variables de funcionalidad atendiendo a variables sociodemográficas (sexo) y clínicas (consumo de tóxicos, adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico). No obstante, hemos de tener en cuenta el reducido tamaño muestral en algunas categorías.

A continuación, en la Tabla 8.25 puede observarse que se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación al sexo en la puntuación global de funcionalidad, así como en las subescalas de Autonomía, Finanzas y Relaciones interpersonales. Las puntuaciones medias mayores fueron para el grupo de varones en todos los casos.

Tabla 8.25

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al sexo

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Varones	6	32.333	15.267	$F (1, 30) = 5.792; p=.022$
	Mujeres	26	16.039	14.885	
Autonomía	Varones	6	5.167	4.167	$F (1, 30) = 5.710; p=.023$
	Mujeres	26	2.000	2.608	

Resultados

Finanzas	Varones	6	3.333	1.862	$F(1, 30) = 4.823; p=.036$
	Mujeres	26	1.615	1.699	
Relaciones interpersonales	Varones	6	10.500	4.637	$F(1, 30) = 8.403; p=.007$
	Mujeres	26	4.923	4.166	

En la Tabla 8.26 se especifican las diferencias estadísticamente significativas encontradas en función del consumo de tóxicos. La puntuación media era más elevada para aquellos con consumo de tóxicos tanto en la escala global como en las subescalas de Autonomía, Laboral y Finanzas.

Tabla 8.26

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al consumo de tóxicos

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Si	14	25.571	19.005	$F(1, 30) = 4.505; p=.042$
	No	18	14.056	11.527	
Autonomía	Si	14	4.143	3.959	$F(1, 30) = 7.284; p=.011$
	No	18	1.389	1.577	
Laboral	Si	14	6.786	5.026	$F(1, 30) = 5.906; p=.021$
	No	18	3.111	3.529	
Finanzas	Si	14	3.000	2.000	$F(1, 30) = 11.124; p=.002$
	No	18	1.111	1.183	

En cuanto a la adherencia al tratamiento psiquiátrico, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global, así como en las subescalas de Autonomía, Laboral y Cognitivo. En todos los casos, las puntuaciones medias fueron mayores para el grupo de sujetos con TLP sin adherencia al tratamiento farmacológico (véase Tabla 8.27).

Tabla 8.27

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo a la adherencia al tratamiento psiquiátrico

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Si	20	15.050	11.874	$F(1, 29) = 5.079; p=.032$
	No	11	27.818	19.818	
Autonomía	Si	20	1.500	1.701	$F(1, 29) = 10.270; p=.003$
	No	11	4.818	4.070	
Laboral	Si	20	3.650	3.870	$F(1, 29) = 4.180; p=.050$
	No	11	7.000	5.177	

Cognitivo	Si	20	2.150	1.981	$F(1, 29) = 5.652; p=.024$
	No	11	4.636	3.880	

En la Tabla 8.28 se especifican las diferencias estadísticamente significativas encontradas en relación al tratamiento psicológico. Aquellos sujetos con TLP que no habían seguido tratamiento psicológico, presentaban puntuaciones medias mayores en la escala global y en la subescala de Ocio.

Tabla 8.28

Comparación de medias en funcionalidad atendiendo al tratamiento psicológico

VD	GRUPO	N	M	DT	F (gl); p
FAST	Si	28	16.964	15.445	$F(1, 30) = 4.364; p=.045$
	No	4	34.000	13.441	
Ocio	Si	28	0.714	0.976	$F(1, 30) = 6.791; p=.014$
	No	4	2.250	1.893	

Capítulo 9

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El objetivo general de este trabajo ha consistido en analizar las diferencias en Inteligencia emocional en dos grupos de participantes clínicos (pacientes con Trastorno bipolar y Trastorno límite de la personalidad) y un grupo de control no clínico.

De este objetivo general se derivaron tres objetivos específicos dirigidos, en líneas generales, a conocer las puntuaciones en IE entre los participantes clínicos y el grupo no clínico, a analizar las diferencias entre los dos grupos clínicos, y a estudiar la IE dentro de cada grupo clínico atendiendo a variables sociodemográficas y clínicas.

En este capítulo se discuten los principales resultados hallados poniéndolos en relación con estudios previos al respecto. Se presentan, en primer lugar, las comparaciones entre los diferentes grupos (intergrupos) en las variables que conforman el constructo IE, para posteriormente analizar la influencia de las variables ansiedad y depresión como covariables. En segundo lugar, se desarrollan las comparaciones intragrupo y las variables influyentes en cada uno de ellos. Al final se incluye una tabla resumen con las hipótesis y su verificación o rechazo.

9.1. COMPARACIONES INTERGRUPO

9.1.1. Inteligencia emocional

9.1.1.1. Diferencias en Inteligencia emocional entre los tres grupos

Se observaron diferencias estadísticamente significativas en general entre los tres grupos en las variables de IE, con puntuaciones inferiores para los grupos clínicos, frente al no clínico. Ello nos lleva a comprobar que se confirma la hipótesis H1 en lo referente a la IE. En concreto, las variables que adquirieron significación estadística fueron CIE total, Área experiencial y estratégica, Percepción, Facilitación, Comprensión y Manejo emocional y en las tareas de Caras, Dibujos, Facilitación, Cambios, Manejo emocional y Relaciones emocionales. Siendo en todos los casos, mayor el rendimiento en el grupo control, excepto en Caras, que se observa el mejor rendimiento en el grupo de TLP. Estos resultados indicarían bajos niveles de IE en general en pacientes con TLP coincidiendo con estudios previos (Leible y Snell, 2004; Sinclair y Feigenbaum, 2012), así como en pacientes con TB (Samamé, Martino y Strejilevich, 2015)

Que los pacientes con TLP presenten un mejor rendimiento en la tarea de Caras que los otros dos grupos se podría explicar porque el grupo de pacientes con TLP está formado mayoritariamente por mujeres (81.2%), sabiendo que en el sexo femenino se presenta un mejor rendimiento ya que las mujeres muestran una mayor atención a las emociones (Thayer, Rossy, Ruiz-Padiel y Jhonsen, 2003).

9.1.1.2. Diferencias en Inteligencia emocional entre los dos grupos clínicos

El análisis de las diferencias entre los dos grupos clínicos, uno de nuestros objetivos principales, indicó diferencias estadísticamente significativas en Percepción emocional, Caras y Relaciones emocionales, con menores puntuaciones en todas ellas en los sujetos con TB. Esto nos llevaría a concluir que los sujetos de este grupo presentan menor capacidad para percibir emociones, identificar expresiones faciales emocionales e incorporar las emociones en los procesos de toma de decisiones que implican a otras

personas. El menor rendimiento encontrado en los pacientes con TB iría en la misma línea de estudios previos como el de Goghari y Sponheim (2013) donde los pacientes con TB presentaban dificultades en el reconocimiento de algunas expresiones emocionales faciales. Sin embargo, no está del todo claro en la literatura si existen déficits en percepción emocional en los sujetos con TLP encontrándose estudios contradictorios, ya que algunos apuntan a una dificultad en esta función (Dyck et al., 2009) y otros informan de que no el rendimiento no estaría disminuído (Wagner y Linehan, 1999). En relación a las diferencias halladas en Relaciones emocionales, podrían quizá también explicarse en base a la distribución por sexo, ya que cuando se ha controlado esta variable, dejaban de presentar diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos clínicos.

En base a estos resultados, no se confirma la hipótesis H2, en la que postulábamos menores puntuaciones en Facilitación emocional en el grupo de pacientes con TB en comparación con el grupo de TLP. Por lo que estos resultados no siguen la línea de estudios previos como el de Bayes, Parker y McClure (2016), quienes evaluaron aspectos de IE en pacientes solo con TB, sólo con TLP y en pacientes con ambas comorbilidades; los resultados mostraron un mayor deterioro en el grupo comórbido, seguido del grupo de TLP.

Por otro lado, no se puede confirmar la hipótesis H3, ya que no se hallaron diferencias entre los grupos TB y TLP en la puntuación de rama de Manejo emocional. Lo hallado en este estudio apoyaría lo que encontraron Van Rheenen, Murray y Rossell (2015), quienes confirmaban que los pacientes con TB presentan dificultades en los procesos de regulación o manejo emocional. Asimismo, los pacientes con TLP también presentaron dificultades en manejo emocional tal y como encontraron Putnam y Silk (2005) en su revisión, donde hallaron que la regulación en el TLP en comparación con los controles eran emocionalmente más inestables (Stein, 1996), menos conscientes emocionalmente de sus propios estados (Levine, Marziali y Hook, 1997), tenían respuestas negativas más intensas ante acontecimientos de la vida diaria (Levine et al., 1997), eran más propensos a tener emociones negativas (Trull, 2001) y experiencias negativas que les afecten (Brown, Comtois y Linehan, 2002; Yen et al., 2002).

9.1.1.3. Diferencias en Inteligencia emocional entre TB y GC

Cuando se compararon el grupo de TB con el GC, se observaron diferencias estadísticamente significativas en CIE total, lo que indicaba una menor capacidad de IE evaluada de forma global en los sujetos con TB frente a los sujetos no clínicos. Por lo que se confirma la hipótesis H4 que postulaba que podría haber diferencias estadísticamente significativas en CIE total entre TB y GC, con menor rendimiento para el grupo clínico. Esto apoyaría lo ya encontrado por Samamé, Martino y Strejilevich (2015), que utilizando el test MSCEIT, hallaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo clínico y el no clínico en relación al rendimiento en IE, con peores puntuaciones para los pacientes con TB.

La hipótesis H5 postulaba que se obtendrían menores puntuaciones en la Rama de Percepción emocional en sujetos con TB frente al grupo control. Esta hipótesis queda confirmada, ya que, al igual que en estudios previos (p.e. véase Kohler, Hoffman, Eastman, Healey y Moberg, 2011; Rocca, Heuvel, Caetano y Lafer, 2009; Vierck, Porter y Joyce, 2015), el rendimiento en Percepción emocional en sujetos con TB se sitúa en niveles significativamente inferiores al del grupo control. Los resultados encontrados van en la misma línea de lo hallado por Goghari y Sponheim (2013) donde los pacientes con TB presentaban dificultades en el reconocimiento de expresiones faciales de ira y miedo en comparación con el grupo control. Asimismo, De Brito Ferreira Fernandes et al. (2016) encontraron que los pacientes con TB presentaban significativamente menos respuestas correctas en el reconocimiento facial de emociones en comparación con el grupo control.

Por otro lado, se confirma la hipótesis H6 que postulaba que existirían diferencias en el Manejo emocional, con menor rendimiento en el grupo de sujetos con TB que en el grupo control, ya que se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en Manejo emocional entre estos dos grupos. Estos resultados son congruentes con lo hallado por Van Rheezen, Murray y Rossell (2015), quienes encontraron que el grupo clínico presentaba dificultades en la regulación emocional en relación a población normal. En esta misma línea, Wolkenstein, Zwich, Hautzinger y Joormann (2014) tras estudiar las estrategias cognitivas de regulación emocional que utilizaban los pacientes con TB eutímicos en comparación con el grupo control, encontraron que el grupo clínico ponía en marcha estrategias menos adaptativas y eficaces

para conseguir la regulación emocional que el grupo no clínico. Estas dificultades en manejo emocional parecen hallarse incluso antes del diagnóstico, ya que por ejemplo, Heissler, Kanske, Schönfelder y Wessa (2014) encontraron una deficiente capacidad de regulación emocional en sujetos con riesgo de padecer TB, en comparación con controles sanos.

9.1.1.4. Diferencias en Inteligencia emocional entre TLP y GC

Cuando la comparación se estableció entre el grupo de TLP con el GC, se observaron diferencias estadísticamente significativas en las siguientes variables: CIE total, Área estratégica, en las puntuaciones de rama de Facilitación emocional, Comprensión emocional, Manejo emocional y en las tareas de Facilitación, Cambios y Manejo emocional.

Esto vendría a confirmar que los pacientes con TLP tenían una menor capacidad de IE en general. Lo cual es coherente con lo que encontraron Leible y Snell (2004) acerca de que las personas con TLP presentaban problemas de adaptación socioemocional, debidos en parte a los bajos niveles de IE que los que disponían. En esta misma línea, Sinclair y Feigenbaum (2012) encontraron una correlación entre este diagnóstico y bajos niveles de IE rasgo. Sin embargo, utilizando el Cuestionario MSCEIT, Beblo et al. (2010) hallaron que los pacientes con TLP no tenían deterioro en su IE general. Pastuszak (2012a) con este mismo cuestionario, tampoco encontró diferencias significativas en la capacidad global de IE entre TLP y grupo control. Lo que sí apuntó este último autor fue que la disfunción emocional en el TLP podría afectar a la IE percibida en lugar de a las habilidades emocionales en sí, pues los pacientes con TLP parecían poseer suficiente conocimiento teórico sobre el funcionamiento en el contexto emocional. En cualquier caso, se confirma la hipótesis H7, en la que se postulaban puntuaciones inferiores en el CIE total en sujetos con TLP frente al grupo no clínico.

En relación al Área estratégica, presentaban una menor capacidad para comprender y manejar las emociones. Esto es coherente con el estudio de Lizeretti et al. (2012), en el que observaron puntuaciones más bajas en los sujetos con TLP en las habilidades para gestionar con eficacia sus estados emocionales negativos en comparación con los participantes del grupo control no clínico.

En lo referente a las Puntuaciones de Rama, presentaban menor capacidad para utilizar la información de su experiencia emocional a la hora de poner en marcha aspectos cognitivos; para etiquetar emociones, reconocer que hay grupos de términos relacionados con ellas y entender qué es lo que da lugar a ellas; así como para sentir los sentimientos en lugar de reprimirlos y utilizarlos para tomar mejores decisiones. Por tanto, según nuestro estudio, los sujetos con TLP tendrían dificultades en Comprensión emocional. Esto es coincidente con lo que encontraron Wolff et al. (2007) cuando investigaron la identificación de las emociones en paciente mujeres con TLP, en comparación con controles sanos, donde observaron dificultades pronunciadas en la identificación emocional. En la misma línea, utilizando en Cuestionario MSCEIT, Hertel et al. (2009) evaluaron habilidades emocionales en pacientes con diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, Trastornos de abuso de sustancias y Trastorno Límite de la Personalidad y observaron que los sujetos con mayor dificultad para comprender la información emocional y con menor capacidad para regular las emociones eran aquellos con trastorno por abuso de sustancias y pacientes con TLP. Peter et al. (2013) utilizando el mismo cuestionario, encontraron que los sujetos con TLP mostraban déficits específicos en comprensión emocional, en comparación con el grupo control. Sin embargo, a diferencia de nuestro estudio, estos autores no hallaron diferencias estadísticamente significativas en sus capacidades para usar (Facilitación emocional) y regular (Manejo emocional) las emociones. En relación a la Percepción emocional, se confirma la hipótesis H9, ya que no se observan diferencias significativas en Percepción emocional en los sujetos con TLP en comparación con el GC. Al igual que Matzke et al. (2014) que no encontraron que el reconocimiento de expresiones faciales en el TLP esté deteriorado. Sin embargo, otros autores observaron déficits en el reconocimiento de emociones ante expresiones faciales neutras y positivas (Fenske et al., 2015), dificultades para reconocer rostros neutros (Catalan et al., 2016) y puntuaciones más bajas en precisión del reconocimiento emocional (Niedtfeld et al., 2016) en pacientes con TLP frente a controles sanos.

En cuanto a las hipótesis en relación a las puntuaciones en Ramas, se confirman las hipótesis H8 y H10, en las que se postulaban puntuaciones inferiores y estadísticamente significativas en Comprensión emocional y Manejo emocional en los sujetos con TLP frente al grupo no clínico. No se

confirma la hipótesis H9, puesto que no se hallan diferencias estadísticamente significativas en Percepción emocional ni en la tarea de Caras entre estos dos grupos.

Si establecemos la correspondencia entre Facilitación emocional como un proceso de aceptación emocional, la Comprensión emocional como un proceso que incluiría la conciencia emocional y el Manejo emocional como el precursor de la estabilidad emocional, los déficits que se han encontrado en nuestro estudio serían coherentes con lo que las investigaciones realizadas en los últimos años apuntan en relación a que las deficiencias en regulación emocional en pacientes con TLP se deberían a dificultades en aceptación emocional, falta de conciencia emocional y gran inestabilidad emocional (Pastuzak, 2012b).

En relación a las tareas, los pacientes con TLP presentaban dificultades en Facilitación, Cambios y Relaciones emocionales. Esto indicaba que tenían un rendimiento menor que el del grupo control cuando se evaluaba su conocimiento sobre cómo interactúan sus estados de ánimo y ayudan a sus procesos de pensamiento y razonamiento, cuando se medía su conocimiento sobre las “cadenas” emocionales o cómo las emociones evolucionan de unas a otras, así como cuando se les pedía que evaluaran la eficacia de distintas acciones para conseguir determinados objetivos que implicasen a otras personas. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tarea de Caras entre sujetos con TLP y el GC, esto no es coincidente con el estudio de Daros et al. (2013), donde los pacientes con TLP mostraron un déficit a la hora de identificar correctamente expresiones faciales neutras (sin emoción). Sin embargo, en la línea de lo que se ha encontrado, otros estudios no apoyan la presencia de anomalías específicas en el reconocimiento facial automático en pacientes con TLP en comparación con individuos sanos (Donges et al., 2015).

9.1.1.5. Depresión como covariable

El perfil de inteligencia emocional de los dos grupos clínicos, controlada la variable depresión, dejó de presentar diferencias estadísticamente significativas en la tarea de Caras. Mientras que se mantenía la diferencia estadísticamente significativa en la variable Percepción emocional y en Relaciones emocionales. Según estos resultados, el estado de ánimo depresivo

parecía influir en el reconocimiento de emociones a través de la expresión facial. Sin embargo, la depresión, no influía en la capacidad de reconocer cómo se siente un individuo y los que le rodean, así como en la capacidad del sujeto para incorporar las emociones en el proceso de toma de decisiones que implica a otras personas.

En cuanto al rendimiento en tareas como la de Caras en pacientes con TB, Rocca, Heuvel, Caetano y Lafer (2009) llevaron a cabo una revisión en la que constataron que los pacientes con TB presentaban un deterioro en el reconocimiento de emociones de disgusto, miedo y tristeza, que podía relacionarse, en parte, con el estado de ánimo.

En relación a la percepción emocional en los sujetos con TLP con depresión, He et al. (2012), observaron un deterioro generalizado al responder a las expresiones emocionales faciales en pacientes con depresión comórbida y TLP, así como un procesamiento perceptivo deteriorado de la emoción de ira.

9.1.1.6. Ansiedad como covariable

Al controlar la ansiedad de los sujetos aparecen diferencias estadísticamente significativas en el Área experiencial, en las puntuaciones de rama de Percepción y Manejo emocional, y en las puntuaciones de tarea de Caras y Relaciones emocionales. Por lo tanto, los niveles de ansiedad de los sujetos influyen en la capacidad de los sujetos para percibir, responder y manipular la información emocional. También influye en la capacidad de reconocer cómo se siente un individuo y los que lo rodean, así como en la capacidad de sentir los sentimientos para tomar mejores decisiones. Por último, influye en la capacidad de identificar cómo se siente una persona basándose en su expresión facial así como en la capacidad del sujeto para incorporar emociones en el proceso de toma de decisiones que implican a otras personas.

9.1.1.7. Ansiedad y depresión como covariables

Cuando se controlaron las covariables ansiedad y depresión conjuntamente, se observaron que se mantenían las diferencias en Percepción emocional y en Relaciones emociones. Por lo que se confirma la hipótesis H12 en relación a que las variables depresión y ansiedad son variables mediadoras en los perfiles de IE en ambos grupos.

En la práctica clínica habitual se observa que los estados duraderos y permanentes de alteración del ánimo y los niveles de ansiedad, influyen decisivamente en la capacidad de estos dos grupos clínicos en el Manejo emocional. Por otro lado, se sabe que niveles moderados-altos de ansiedad y depresión influyen en la capacidad de concentración y atención de las personas, por lo que no es de extrañar que ambas influyan en el rendimiento en un test de capacidad como es el MSCEIT.

9.2. COMPARACIONES INTRAGRUPPO

9.2.1. Trastorno bipolar

9.2.1.1. Inteligencia emocional en el grupo de TB

En relación a la Inteligencia emocional en el grupo de sujetos con TB se encontró una puntuación media de CIE total de 102 (DT= 19.89). La media poblacional referida en el manual del MSCEIT es 100 (DT= 15). De modo que, aunque la puntuación global se situó en torno a la media poblacional, la desviación típica lo hizo por encima, indicando esto una mayor variabilidad entre las puntuaciones de CIE total en este grupo clínico. No obstante, en el grupo control de esta investigación la media fue de 118 (DT = 14.54). Atendiendo a estos datos, se podría concluir que la capacidad de IE evaluada de forma global sería menor en los sujetos con TB, con una diferencia de 16 puntos.

En cuanto a las Áreas, los sujetos con TB puntuaron mejor en el Área experiencial que en el Área estratégica. Esto indicó que presentaban una mejor capacidad para percibir, responder y manipular información emocional, que para comprender y manejar las emociones. Esto significaría que los pacientes con TB, sin necesariamente comprender las emociones, pueden leerlas o expresarlas de forma más o menos precisa.

Con respecto a las Ramas, obtuvieron mayores puntuaciones en Facilitación emocional, mientras que la menor puntuación fue en Manejo emocional. Esto señalaría que presentaban menor capacidad de incorporar sus emociones en el proceso de toma de decisiones para él mismo y para otras personas, que para incorporar la información de la propia experiencia emocional en sus pensamientos y demás actividades cognitivas. Esto se explicaría, ya que los pacientes con TB incorporan en menor medida las

emociones en relación a su alteración anímica. En este sentido, Van Rheenen, Murray y Rossell (2015) encontraron que los pacientes con TB presentaban dificultades en la regulación de la emoción. Green, Cahill y Malhi (2007) encontraron que en los pacientes con TB se producía un aumento de la actividad límbica durante los procesos de percepción y facilitación emocional, junto a un déficit en funciones ejecutivas por un deterioro a nivel neurofisiológico en la corteza prefrontal. Esto podría explicar parte de la alteración en los procesos de regulación emocional. Estos autores propusieron que las variaciones del estado de ánimo tan características en el TB sean dificultades específicas en el control cognitivo de la emoción.

En Tareas, obtuvieron mayores puntuaciones en Sensaciones, Facilitación y Dibujos y menores puntuaciones en Relaciones emocional. Esto indicaría que donde mayor dificultad presentaban era en la capacidad para incorporar emociones en el proceso de toma de decisiones que implican a otras personas. Sin embargo, su rendimiento es mejor a la hora de comparar distintas emociones con diferentes sensaciones. Estas diferencias nos podrían llevar a postular que los pacientes con TB son más sensoriales que cognitivos, es decir, son más capaces sentir emociones y relacionarlas a través de varios sentidos que de incorporarlas a un nivel más racional. Esto último va en la línea de aspectos ya comentados anteriormente a nivel de los déficits cognitivos que presentarían estos pacientes (véase, Martino, Samamé, Ibáñez y Strejilevich, 2015). No se han encontrado estudios que pongan a prueba las capacidades de los sujetos con TB en procesos emocionales más abstractos como poner en relación distintas emociones con sensaciones de luminosidad, color o temperatura, aunque los resultados hallados en este estudio van en la línea para poder afirmar que esta capacidad estaría conservada a unos niveles similares a los de la población normal.

9.2.1.2. Diferencias en IE en los pacientes con TB atendiendo a variables demográficas y clínicas

La hipótesis H13 pretendía encontrar diferencias estadísticamente significativas en función de la variable sexo, con puntuaciones superiores en las mujeres en todas las variables que componen el constructo de IE en ambos grupos clínicos, al igual que ocurría en población general. Estos resultados no apoyaron dicha hipótesis, ya que se ha encontrado que la CIE total en

pacientes con TB se veía claramente alterada, por lo que esta enfermedad parece que podría igualar el rendimiento entre hombres y mujeres en este grupo clínico. Estos resultados son coherentes con lo hallado por Vaskinn et al. (2007), los cuales no encontraron por ejemplo diferencias estadísticamente significativas en percepción emocional, uno de los componentes de la IE, en relación al sexo en pacientes con TB, pese a que en muestras no clínicas, las mujeres obtenían mejores resultados que los varones.

Los resultados arrojaban que los pacientes con TB tipo II frente a los tipo I, presentaban un mejor rendimiento en CIE total, Área estratégica, Comprensión emocional y Sensaciones. Es decir, tenían un mejor rendimiento en su inteligencia emocional global, asimismo, en comprender y manejar las emociones sin percibir o experimentar necesariamente los sentimientos de manera correcta. Los pacientes con TB tipo II presentaban una mayor capacidad para etiquetar las emociones así como para comparar distintas emociones con distintas sensaciones. Todo esto va en contra de lo esperado a raíz de las últimas evidencias sobre el curso evolutivo y pronóstico de los trastornos bipolares en relación a los tipo II. Si atendemos a las diferencias en la evolución entre los pacientes con trastorno bipolar I y II, éstos últimos presentan durante su evolución un mayor número de episodios, permanecen más tiempo sintomáticos, tienen ciclos más cortos, menor recuperación sintomática interepisódica, mayor prevalencia de polaridad predominante depresiva, un riesgo de tentativas suicidas similar (o incluso más alto), alta comorbilidad con abuso de tóxicos y trastornos del eje II y presentan asimismo déficits cognitivos y funcionales (Vieta, Gastó, Otero, Nieto y Vallejo, 1997; Vieta y Suppes, 2008; Undurraga, Baldessarini, Valenti, Pacchiarotti y Vieta, 2012). No obstante, esta contradicción se podría explicar en base a la edad de inicio precoz del TB tipo I y por la presencia de síntomas psicóticos en este grupo de TB respecto del tipo II.

En relación al episodio más reciente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas dentro de este grupo clínico. De modo que aquellos pacientes con episodio más reciente maniaco presentaban una menor puntuación en las Tareas de Cambios y Relaciones emocionales, lo que indica un menor conocimiento en relación a cómo las emociones evolucionan de unas a otras así como en la incorporación de las emociones en el proceso de toma de decisiones que implican a otros. Esto indica que son los pacientes con TB tipo I los que puntúan peor en estas tareas, lo cual podría ser debido o estar

influido por lo ya señalado anteriormente en relación al inicio precoz y la presencia de síntomas psicóticos como criterios de mayor gravedad en los pacientes con TB tipo I.

La hipótesis H14 postulaba que la comorbilidad psiquiátrica, los antecedentes familiares y el consumo de tóxicos influirían en la variable de IE en los pacientes con TB. Esta se confirma parcialmente ya que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con TB en función de la comorbilidad psiquiátrica y sí en relación a las otras dos variables clínicas. En relación a la presencia de antecedentes familiares psiquiátricos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de Rama de Percepción y Manejo emocional así como en la Tarea de Relaciones emocionales. Las diferencias estadísticamente significativas encontradas en las dos puntuaciones de Rama, indicarían que los pacientes sin antecedentes familiares presentan un menor rendimiento en su capacidad para reconocer cómo se siente un individuo y los que le rodean así como para trabajar sus sentimientos de forma reflexiva. Estos resultados irían a favor de la hipótesis del deterioro funcional por el curso evolutivo de la enfermedad (p.e. véase Cardenas, Kaessem, Brotman, Leibenluft y McMahon, 2016). Sin embargo, las diferencias estadísticamente significativas halladas en la puntuación de Tarea de Relaciones emocionales indicaban que, aquellos pacientes con TB que tenían antecedentes familiares presentaban un menor rendimiento en su capacidad para incorporar emociones en los procesos de toma de decisiones que implican a otras personas. Lo que iría a favor de la hipótesis del neurodesarrollo en la etiología de los trastornos bipolares (véase p.e. Martino, Samamé, Ibañez y Strejilevich, 2015). En cuanto al consumo de tóxicos se encontraron diferencias estadísticamente significativas en CIE total, así como en Área experiencial y estratégica. Los sujetos que presentaban un consumo de tóxicos mostraban un menor rendimiento en su capacidad de IE global, así como en su capacidad para percibir, responder y manipular la información emocional y para comprender y manejar las emociones. Esto podría deberse a que la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias contribuye a un peor curso evolutivo y funcionalidad en los pacientes con TB. Esto es coherente con lo encontrado en estudios previos como los de Duffy et al. (2012) y Salloum y Thase (2000), en los cuales esta comorbilidad se asociaba entre otras características a un mayor deterioro cognitivo.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a la presencia de gestos autolíticos. De modo que aquellos sujetos que presentaban este tipo de conductas obtenían un rendimiento peor en la tarea de Facilitación, lo que indicaba que tenían un menor conocimiento acerca de cómo interactuaban sus estados de ánimo y ayudaban a sus procesos de pensamiento y razonamiento. Esto podría apoyar que los procesos cognitivos y emocionales no estarían del todo conectados en los pacientes con TB que llevaban a cabo gestos autolíticos, pudiendo considerar que la base de su impulsividad podría estar en esta falta de conexión, aunque se necesitarían más estudios en esta línea.

9.2.1.3. Diferencias en el nivel de autonomía o capacidad funcional en los pacientes con TB atendiendo a variables sociodemográficas y clínicas

En función del tipo de remisión, si es parcial o total, se encontraron diferencias estadísticamente significativas a nivel funcional tanto a nivel global como en las subescalas de Autonomía, Funcionamiento cognitivo, Finanzas, Relaciones interpersonales y Ocio. El grupo de pacientes con TB en remisión total presentaban un mejor funcionamiento que aquellos que estaban en remisión parcial, tanto a nivel global como en las subescalas ya señaladas. Esto es coherente con lo ya encontrado por Bauer, Kirk, Gavin y Williford (2001) quienes afirmaron que la sintomatología subclínica, especialmente la del polo depresivo, era la variable más consistente y robusta asociada al deterioro funcional. En otra revisión, Gitlin y Miklowitz (2016) encontraron que los dos factores más potentes que predecían el deficiente funcionamiento de estos pacientes son la depresión (incluyendo los estados subsindrómicos) y el fallo neurocognitivo.

Se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la subescala Cognición en función de la variable ansiedad. De modo que los pacientes con sintomatología ansiosa presentaban una menor capacidad de concentración, así como para la realización de cálculos mentales, resolución de problemas y nuevos aprendizajes.

En cuanto al consumo de tóxicos, las diferencias estadísticamente significativas se han encontrado en la subescala Relaciones interpersonales. Los pacientes con este trastorno adictivo presentan dificultades en sus relaciones de amistad y familiares, participación en actividades sociales así

como una menor asertividad. Estos resultados son congruentes con las evidencias ya bien conocidas del peor curso de los TB comórbidos con Trastornos por uso de sustancias y su deterioro cognitivo y disfunción psicosocial (Duffy et al., 2012; Salloum y Thase, 2000).

Atendiendo a los antecedentes familiares psiquiátricos, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en las subescalas de Autonomía y Funcionamiento laboral. De modo que aquellos con antecedentes familiares psiquiátricos tienen mayor capacidad para hacer las cosas por sí mismos y tomar sus propias decisiones, así como mayor capacidad de trabajar, rapidez para desempeñar tareas laborales, rendimiento, ocupación laboral y sueldo en función de su formación académica. Esto se podría explicar porque los pacientes con antecedentes familiares han tenido que desarrollar una mayor autonomía y funcionamiento laboral debido a la cohesión familiar por la experiencia del trastorno en otros miembros de la familia.

En función de la adherencia al tratamiento psiquiátrico se han hallado diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global de la FAST, así como en las subescalas de Finanzas, Relaciones interpersonales y Ocio. De tal manera que los pacientes adheridos al tratamiento psicofarmacológico presentan una mayor funcionalidad global, así como en la gestión del dinero y realización de compras equilibradas, en las relaciones de amistad, familiares e interacción social, y en la capacidad para practicar deporte/ejercicio físico y mantener aficiones. Existe amplia evidencia científica en relación al mejor curso evolutivo de los pacientes que no presentan recaídas por su adecuada adherencia al tratamiento psiquiátrico.

En relación al tratamiento psicológico, se han observado diferencias estadísticamente significativas en la subescala Autonomía, de forma que aquellos que seguían este tratamiento presentaban una mayor capacidad para hacer las cosas por sí mismos y tomar sus propias decisiones. La base de este tratamiento es la psicoeducación, si el paciente entiende su trastorno se favorece la prevención de recaídas, lo cual podría dotar al paciente de un mayor empoderamiento en su vida diaria.

9.2.2. Trastorno límite de la personalidad

9.2.2.1. Inteligencia emocional en el grupo de TLP

La Inteligencia emocional general en el grupo de pacientes con TLP, se encontró una puntuación media de CIE total de 99.97 (DT = 16.10), lo que situaba a este grupo de pacientes con unas puntuaciones similares a las de la media poblacional. No obstante, si tenemos en cuenta la media del grupo control de esta investigación, los sujetos con TLP presentaron una menor capacidad de IE que el grupo no clínico, en este caso con una diferencia de 18 puntos. Esto se sitúa en la misma línea de lo apuntado por Leible y Snell (2004), que encontraban bajos niveles de IE en los pacientes con TLP.

En relación a las Áreas, los sujetos con TLP puntuaban mejor en Área experiencial que en estratégica, lo que significaría que tenían mejor capacidad para percibir, responder y manipular información emocional, que para comprender y manejar las emociones. Esto es coherente con lo hallado por Lizeretti et al. (2012), donde observaron puntuaciones más bajas en los sujetos con TLP en sus habilidades para gestionar con eficacia sus estados emocionales negativos.

En base a las Ramas, obtuvieron mayores puntuaciones en Percepción Emocional, mientras que la menor puntuación era en Comprensión Emocional. Esto demuestra que presentaban menor capacidad de etiquetar emociones o entender qué es lo que da lugar a las distintas emociones que a la hora de reconocer cómo se siente otra persona. En las puntuaciones de Tareas, obtuvieron la puntuación más alta en Caras y las más bajas en Facilitación y Cambios. Esto demostraría que donde mayor dificultad presentaban era en el conocimiento sobre cómo interactúan sus estados de ánimo y ayudan en sus procesos de pensamiento y razonamiento, así como en su conocimiento sobre las “cadenas” emocionales o cómo las emociones evolucionan de unas a otras. Su capacidad era mejor a la hora de identificar cómo se siente una persona en base a su expresión facial. Esto es coherente con lo hallado por otros estudios que apuntaban que los sujetos con TLP tenían mayor dificultad para comprender la información emocional (Hertel et al., 2009; Peter et al., 2013).

9.2.2.2. Diferencias en IE en los pacientes con TLP atendiendo a variables demográficas y clínicas

La hipótesis H13 postulaba puntuaciones superiores en las mujeres en todas las variables que componían el constructo de IE, tal y como ocurría en población normal. Esta hipótesis no se confirma, ya que se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de Tarea Manejo emocional en función del sexo entre los pacientes con TLP, con mayores puntuaciones medias para los varones. Esto querría decir que los hombres presentaría mayor capacidad para incorporar sus emociones en su proceso de toma de decisiones que implican a él mismo y no a otros. Sin embargo, según los resultados obtenidos en la validación del test MSCEIT (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009) las puntuaciones en población general eran superiores en mujeres que en varones para todas las variables que componen el constructo de IE según el modelo de Mayer y Salovey (1997). Al respecto hemos de decir que ha podido influir que la muestra de este estudio contó con pocos participantes con TLP varones.

Tampoco se encontraron diferencias en base a la edad, lo que indicó que estas variables no parecían influir en la IE en este grupo de participantes. Al respecto de esto, Extremera y Fernández-Berrocal (2009) encontraron diferencias estadísticamente significativas en función de la edad con diferencias medias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones del MSCEIT, siendo éstas menores en el grupo de sujetos con menos de 20 años. En nuestro estudio solo hay una paciente con diagnóstico de TLP con menos de 20 años de edad, por lo que no hemos podido poner a prueba explícitamente esto. Pero al ser la única franja de edad con la que encuentran diferencias en población general, podemos afirmar que en nuestro grupo de pacientes con TLP, ocurre como en población normal, que no existen diferencias en función de la edad.

La hipótesis H15 en relación a la IE postulaba que la comorbilidad, presencia de gestos autolíticos previos, consumo de tóxicos y la presencia de ingresos involuntarios influirían en la variable IE, se confirma parcialmente. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en Manejo emocional, observándose que los sujetos que no tenían antecedentes de gestos autolíticos previos, rendían mejor en la tarea de Manejo emocional en la que se

les media su capacidad para incorporar emociones en el proceso de toma de decisiones.

Cuando se tuvo en cuenta la presencia de autolesiones, se observaron diferencias estadísticamente significativas en la tarea de Facilitación. Se encontró que aquellos sujetos que llevaban a cabo estas conductas autolesivas, presentaron un menor rendimiento en cuanto al conocimiento del sujeto acerca de cómo interactúan sus estados de ánimo y ayudan a sus procesos de pensamiento y razonamiento. En esta línea, Zaki et al. (2013) encontraron que en pacientes con autolesiones presentaron dificultades para diferenciar sus emociones negativas (identificación y etiquetado emocional).

En cuanto a los antecedentes familiares, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de Rama de Facilitación emocional y en la Tarea de Relaciones emocionales. En cuanto a lo primero, se halló que los pacientes que no tenían antecedentes familiares psiquiátricos presentaban una menor capacidad para que sus pensamientos y demás actividades cognitivas utilicen la información de su experiencia emocional. En relación a lo segundo, se observó que los pacientes que no tenían antecedentes familiares psiquiátricos presentaron una mayor capacidad para incorporar las emociones en el proceso de toma de decisiones que implica a otras personas. En estas condiciones psiquiátricas están documentadas las dificultades en tareas como esta (p.e. véase Kee et al., 2009). Ello nos lleva a plantearnos la cuestión de si tiene un componente hereditario, son conductas que se aprenden por observación o son el resultado de ambas posibilidades.

9.2.2.3. Diferencias en el nivel de autonomía o capacidad funcional en los pacientes con TLP atendiendo variables sociodemográficas y clínicas

En relación al sexo, se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en el funcionamiento global así como en las subescalas de Autonomía, Finanzas y Relaciones interpersonales. De forma que los varones con TLP presentan mayor dificultad que las mujeres con TLP para hacer las cosas por ellos mismos y tomar sus propias decisiones, así como para la gestión del dinero y realización de compras equilibradas y para las relaciones familiares y sociales. Esto podría explicarse en base a lo apuntado por Ruiz y Vairo, (2008), quienes afirmaban que los hombres con TLP, en comparación

Discusión

con las mujeres, asumen mayores riesgos físicos, se involucran en mayor medida en actividades imprudentes y presentaban mayor tendencia a provocar reacciones de violencia en otros, por lo que de esta forma se pueden ver deterioradas estas áreas.

En función del consumo de tóxicos, se han hallado diferencias estadísticamente significativas, con el funcionamiento global y en las subescalas de Autonomía, Funcionamiento laboral y Finanzas, con mayor funcionalidad en los no consumidores. Estos resultados irían en la línea de estudios como el de IsHak et al. (2013), en el que informaban de que la calidad de vida se ve seriamente deteriorada en los pacientes con TLP con mayor prevalencia en el consumo de drogas como el alcohol.

Cuando se ha tenido en cuenta la adherencia al tratamiento psiquiátrico se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en funcionamiento global así como en las subescalas de Autonomía, Funcionamiento laboral y Funcionamiento cognitivo. Los resultados apuntan a una mejor funcionalidad en aquellos pacientes adheridos al tratamiento psicofarmacológico. Esto va en la línea de estudios que evidencian que los psicofármacos mejoran la estabilidad emocional y la impulsividad de estos pacientes, y por lo tanto la funcionalidad de los mismos.

Por último, en relación a la adherencia al tratamiento psicológico, se han hallado diferencias estadísticamente significativas en funcionalidad global y en la subescala de Ocio. De modo el tratamiento psicológico parece influir tanto en el nivel de funcionalidad general de estos pacientes como a la hora de generar un hábito en la práctica de deporte/ejercicio físico y mantenimiento de aficiones.

Tabla 9.1

Resumen de hipótesis y resultados encontrados

Análisis	Hipótesis	Resultados
	H1. Existirán menores puntuaciones en IE en los dos grupos clínicos frente al no clínico.	<i>Se confirma</i>
	H2. Se esperan menores puntuaciones en Facilitación emocional en el grupo de pacientes con TB en comparación con el grupo de TLP, basado en las crecientes evidencias de disfunción neurocognitiva en el primer grupo clínico respecto al segundo. La Facilitación emocional está relacionada con la actividad cognitiva y la capacidad para resolver problemas.	<i>No se confirma</i>
	H3. Se hallarán diferencias entre los grupos TB y TLP en la puntuación de rama de Manejo emocional, alcanzando menores puntuaciones el grupo de pacientes con TLP frente al grupo de TB. Ya que está más que evidenciada la dificultad para el manejo emocional como una característica específica en el grupo de TLP.	<i>No se confirma</i>
	H4. Se postula que podría haber diferencias estadísticamente significativas en CIE total entre TB y GC, con menor rendimiento para el grupo clínico.	<i>Se confirma</i>
Comparaciones intergrupo	H5. Se obtendrán menores puntuaciones en la rama de Percepción emocional en sujetos con TB frente al GC.	<i>Se confirma</i>
	H6. Existirán diferencias en el Manejo emocional con menor rendimiento en el grupo de sujetos con TB que en el GC.	<i>Se confirma</i>
	H7. Se esperan puntuaciones inferiores en Cociente de Inteligencia Emocional Total (CIE Total), del grupo TLP frente al grupo no clínico.	<i>Se confirma</i>
	H8. Existirán diferencias en la puntuación de rama Comprensión emocional, con una menor puntuación para el grupo de pacientes con TLP que para el grupo no clínico.	<i>Se confirma</i>
	H9. Se encontrarán diferencias estadísticamente significativas en la puntuación de rama Percepción emocional en los sujetos con TLP en comparación con el grupo no clínico.	<i>Se confirma</i>
	H10. Se alcanzarán puntuaciones medias significativamente menores en Manejo emocional en el grupo de pacientes con TLP frente al grupo control.	<i>Se confirma</i>

Discusión

El papel de la depresión y ansiedad	H11. Habrá diferencias estadísticamente significativas entre los participantes de los grupos clínicos en las variables depresión y ansiedad con mayores puntuaciones para los sujetos con TLP.	<i>Se confirma</i>
	H12. Las variables depresión y ansiedad serán variables mediadoras en los perfiles de IE e Ira en los pacientes con TB y TLP.	<i>Se confirma</i>
Comparaciones intragrupo	H13. Existirán diferencias estadísticamente significativas en función de la variable sexo, con puntuaciones superiores en las mujeres, en todas las variables que componen el constructo de IE en ambos grupos clínicos.	<i>No se confirma</i>
	H14. Se espera que la comorbilidad psiquiátrica, los antecedentes familiares y el consumo de tóxicos influyan en la variable de IE en pacientes con TB.	<i>Se confirma parcialmente</i>
	H15. Se postula que la comorbilidad, la presencia de gestos autolíticos previos, el consumo de tóxicos y la presencia de ingresos involuntarios influyan en los niveles de IE en pacientes con TLP.	<i>Se confirma parcialmente</i>

Capítulo 10

CONCLUSIONES

El objetivo principal de la investigación consistió en analizar las puntuaciones alcanzadas en el constructo Inteligencia Emocional en pacientes diagnosticados de Trastorno bipolar y Trastorno límite de la personalidad.

Para ello se evaluaron sujetos con estas patologías a través de cuestionarios válidos y fiables. Además se recogieron datos sociodemográficos y clínicos considerados de interés en base a la revisión previamente realizada sobre el estado de la cuestión.

En base a los resultados, cabe destacar las siguientes conclusiones que se presentan en dos grandes bloques: 1) Referentes al constructo Inteligencia emocional, y 2) relativas a la funcionalidad. Además se describen las implicaciones clínicas, las limitaciones del estudio y las perspectivas futuras.

10.1. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA INTELIGENCIA EMOCIONAL

En lo que a la Inteligencia Emocional se refiere, en primer lugar, en el grupo de pacientes con TB, se encontró que, a nivel global alcanzaban menores puntuaciones en IE que los sujetos no clínicos. Dentro del perfil de IE

Conclusiones

de este grupo clínico, presentaban mejor capacidad para utilizar la experiencia emocional en sus procesos cognitivos, así como para comparar distintas emociones con distintas sensaciones como el color, la luz y la temperatura. Sin embargo, presentaban dificultades a la hora de comprender y manejar las emociones, también para incorporar sus emociones en los procesos de toma de decisiones y para identificar emociones a través de expresiones faciales. Los pacientes con TB tipo I en relación a los tipo II, presentaban peor rendimiento en Área estratégica, Comprensión emocional y en la tarea de Sensaciones. Los sujetos con episodio más reciente maniaco, mostraban una mayor dificultad en las tareas de Cambios y Relaciones emocionales. Aquellos con comorbilidad asociada a consumo de tóxicos obtenían un peor rendimiento en IE global, sobre todo en las Áreas experiencial y estratégica. Los pacientes con TB que habían tenido gestos autolíticos previos, presentaban dificultades en Facilitación emocional. Por último, los que tenían antecedentes familiares psiquiátricos, mostraban mayor capacidad de Percepción y Manejo emocional y menor capacidad en la tarea de Relaciones emocionales, con respecto a los pacientes con TB sin antecedentes.

En el grupo de pacientes con TLP a nivel general, tenían una menor IE que los sujetos no clínicos. Presentaban, a diferencia del otro grupo clínico, una mejor capacidad para reconocer cómo se siente un individuo y los que le rodean. Al igual que en los pacientes con TB, mostraban una buena capacidad para comparar distintas emociones con distintas sensaciones. Estos sujetos presentaban menor capacidad a la hora de comprender y manejar emociones, así como de utilizar la información de su experiencia emocional en pensamientos y demás actividades cognitivas. Los varones con TLP, en comparación con las mujeres, así como aquellos sin antecedentes de gestos autolíticos presentaban una mejor capacidad para el Manejo emocional. Aquellos con conductas autolesivas mostraban peor rendimiento en Facilitación emocional. Por último, los que tenían antecedentes familiares psiquiátricos, alcanzaban mayor rendimiento en Facilitación emocional y peor rendimiento en la tarea de Relaciones emociones.

En cuanto a las diferencias entre los sujetos con TB y TLP, podemos concluir que existían diferencias estadísticamente significativas en Percepción emocional y en las tareas de Caras y Relaciones emocionales, con puntuaciones mayores y, por tanto, mejor rendimiento en el grupo de pacientes con TLP. No obstante, cuando se controlaban las covariables

depresión y ansiedad, dejaban de existir diferencias en la tarea de Caras entre estos dos grupos clínicos. Analizada la covariable sexo, perdía significación la tarea Relaciones emocionales. Por tanto, el elemento diferenciador de estos dos perfiles de IE, independientemente del estado de ánimo o del nivel de ansiedad, así como del sexo, sería la puntuación de rama de Percepción emocional.

10.2. CONCLUSIONES RELATIVAS A LA FUNCIONALIDAD

En relación a la autonomía, en los pacientes con TB, se encontró que ésta se veía influida por las variables: remisión, ansiedad asociada, consumo de tóxicos, antecedentes familiares psiquiátricos y adherencia al tratamiento psiquiátrico y psicológico. De tal manera que, aquellos con remisión parcial, presentaban un notable empeoramiento de la funcionalidad en comparación con aquellos en remisión. Asimismo, también mostraban mayor Autonomía, Funcionamiento cognitivo, Gestión del dinero y Relaciones interpersonales. Los pacientes con TB con ansiedad asociada, presentaban peor funcionamiento cognitivo que aquellos sin ansiedad. En relación al consumo de tóxicos, los pacientes con TB que presentaban esta comorbilidad, mostraban una mayor dificultad en Relaciones interpersonales. Aquellos con antecedentes familiares psiquiátricos presentaban mejor Autonomía y Funcionamiento laboral. Por último, en relación a la adherencia terapéutica, aquellos con mejor cumplimiento del tratamiento psiquiátrico, presentaban mejor Gestión del dinero, Relaciones interpersonales y Ocio. Por su parte, el tratamiento psicológico mostraba influencia en la Autonomía del paciente.

En cuanto al nivel de funcionalidad en los pacientes con TLP, se observó que las variables que influían en ésta eran: sexo, consumo de tóxicos y adherencia a los tratamientos. En lo referente al sexo, los pacientes varones presentaban peor Autonomía, Gestión del dinero y Relaciones interpersonales que las mujeres. Aquellos con consumo de tóxicos presentaban menores niveles de Autonomía, peor capacidad para la Gestión del dinero y Funcionamiento laboral. Los pacientes con mejor adherencia al tratamiento psiquiátrico mostraban mejor autonomía, funcionamiento laboral y Funcionamiento cognitivo. Por último, aquellos que estaban en tratamiento psicológico mostraban mejor capacidad para hacer deporte y mantener aficiones.

10.3. IMPLICACIONES CLÍNICAS

Los resultados de este estudio podrían llevarnos a las siguientes implicaciones de cara a la práctica clínica.

Este estudio podría apuntar la existencia de elementos diferenciadores entre el perfil de IE en los pacientes con TB frente a los TLP, al margen de su estado de ánimo y nivel de ansiedad, en concreto en Percepción emocional y Relaciones emocionales. Esto vendría a apoyar que son dos patologías totalmente distintas y, por lo tanto, justifica su actual clasificación diagnóstica en el DSM-5 con criterios diferentes. Al contrario de lo que postularon autores clásicos en el campo del TB como Akiskal, quienes consideraban el TLP como una variante de enfermedad depresiva o un espectro de enfermedad bipolar (Akiskal, 1981; Akiskal, Judd, Gillin y Lemmi, 1997).

La Percepción emocional en concreto, por su posibilidad de explorarla a nivel psicopatológico en la propia consulta, podría ser una variable que ayudaría al psiquiatra a establecer el diagnóstico diferencial, sobre todo al inicio del trastorno en pacientes donde es difícil diagnosticar.

Los pacientes con TB en remisión parcial tienen una peor funcionalidad en prácticamente todos los aspectos y, por tanto, peor curso evolutivo. Esto tendría que llevar al clínico no sólo a buscar la remisión total sino a advertir a paciente y familiares de la importancia de seguir las indicaciones médicas para conseguir la eutimia y prevenir las recaídas.

En relación a la neuropsicología de las emociones, la mayor dificultad en los pacientes con TB en Percepción emocional y Relaciones emocionales creemos que puede estar influida por el mayor deterioro cognitivo en estos pacientes frente a aquellos con TLP. Estos resultados apoyarían la importancia de una precoz rehabilitación cognitiva en los pacientes con TB de cara a retrasar y/o prevenir este deterioro. Para lo cual sería fundamental realizar una evaluación neuropsicológica en estos pacientes desde el momento en que se diagnostican.

10.4. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Este estudio presenta algunas limitaciones a destacar. En primer lugar, no se pudo realizar una selección aleatoria de los grupos clínicos dentro de la población con estas psicopatologías en la Región de Murcia. No obstante, como podemos observar en la mayor parte de investigaciones es muy complicada

una selección de ese tipo, conllevando en los casos en los que se ha realizado, gran mortalidad en los sujetos experimentales.

Un problema importante de la investigación fue recabar una muestra aceptable de sujetos en ambos grupos clínicos. En concreto fue más dificultoso el acceso a la muestra de pacientes con TLP en cuanto a su compromiso para asistir a la evaluación así como para rellenar los cuestionarios de forma completa y correctamente.

Al examinar la frecuencia en relación al sexo en el grupo de pacientes con TLP, encontramos una marcada diferencia entre varones y mujeres, siendo superior en éstas. Esto se refleja en la mayoría de estudios realizados con estos pacientes. El grupo de control de este estudio no estuvo emparejado en cuanto a variables sociodemográficas en relación grupo de pacientes con TLP.

10.5. PERSPECTIVAS DE FUTURO

Las diferencias encontradas en este estudio en IE entre los pacientes con TB y TLP animan a seguir investigando en esta línea. En primer lugar, sería importante aumentar el tamaño muestral con el fin de poder realizar comparaciones dentro de cada grupo clínico con suficiente potencia como para poder generalizar los resultados, en concreto, de todas las variables clínicas que hemos recogido en este estudio.

En segundo lugar, en relación a las variables sociodemográficas y clínicas, sería enriquecedor profundizar en el estudio acerca de cuáles influirían en mayor o menor medida en la IE tanto de los pacientes con TB como TLP. De igual modo, sería importante analizar la implicación de la edad ya que estudios previos realizados con población general obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en todas las puntuaciones del MSCEIT, siendo éstas menores en el grupo de sujetos menores de 20 años de edad (Extremera y Fernández-Berrocal, 2009).

En cuanto a datos epidemiológicos de comorbilidad, siguiendo a Bateman y Fonagy (2004), el 61% de los pacientes con TLP eran diagnosticados de depresión mayor, el 16% de distimia, el 9% de TB tipo I y el 4% de TB tipo II. Posteriormente Gunderson et al. (2006) informaron de que los pacientes con TLP presentaban una comorbilidad del 19% con bipolaridad, lo que resultaba un porcentaje significativamente mayor respecto del

Conclusiones

desarrollo de TB en otros trastornos de la personalidad. En base a esto, sería interesante realizar un estudio comparativo acerca del perfil de IE en pacientes con TB, con TLP y con ambas patologías comórbidas, distinguiendo también entre TB tipo I y II, de cara a analizar posibles diferencias o similitudes entre estos grupos.

Por otro lado, se podría diseñar un estudio longitudinal en el que se evaluase la IE con el test MSCEIT, que es un test de capacidad objetiva, para ver si ésta se ve influida por el curso evolutivo y el pronóstico de los pacientes tanto con TB como con TLP.

En el campo de la neuropsicología de las emociones, sería interesante estudiar la IE de manera precoz para ver si los pacientes con TB se ajustarían más en este sentido a la teoría del neurodesarrollo o a la del deterioro neurocognitivo por la propia evolución de la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aas, M., Henry, C., Andreassen, O.A., Bellivier, F., Melie, I. y Etain, B. (2016). The role of childhood trauma in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorder*, 4, 2
- Abdellatif, S.A., Hussien, E.S., Hamed, W.E. y Zoromba, M.A. (2017). Relation between emotional intelligence, socio-demographic and clinical characteristics of patients with depressive disorders. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31, 13-23.
- Abdollahi, A. y Abu Talib, M. (2016). Self-esteem, body-esteem, emotional intelligence, and social anxiety in a college sample: the moderating role of weight. *Psychology, Health and Medicine*, 21, 221-225.
- Abdollahi, A., Abu Talib, M. y Motalebi, S.A. (2015). Emotional intelligence and depressive symptoms as predictors of happiness among adolescents. *Iran Journal of Psychiatry and Behaviour Science*, 9, 26-33.
- Adams, H.E., Bernat, J.A. y Luscher, K.A. (2001). Borderline personality disorder: An overview. En P.B. Sutker y H.E. Adma (Eds.), *Comprehensive handbook of psychopathology* (pp. 491-507). New York: Kluwer Academic Publishers/Plenum Press.
- Ahmadpanah, M., Keshavarz, M., Haghighi, M., Jahangard, L., Bajoghli, H., Sadeghi Bahmani, D., Holsboer-Trachsler, E. y Brand, S. (2016). Higher emotional intelligence is related to lower test anxiety among students. *Neuropsychiatric Disease Treatment*, 12, 133-136.
- Akhtar, S. (1984). The syndrome of identity diffusion. *American Journal of Psychiatry*, 141, 1381-1385.
- Akiskal, H.S. (1981). Subaffective disorders: dysthymic, cyclothymic and bipolar II disorders in the "borderline realm". *Psychiatric Clinics of North America*, 4, 25-46.

Referencias bibliográficas

- Akiskal, H. S. (2005). The dark side of bipolarity: detecting bipolar depression in its pleomorphic expressions. *Journal of Affective Disorders*, 84, 107–115.
- Akiskal, H.S., Chen, S.E., Davis, G.C., Puzantian, V.R., Kashagarian, M. y Bollinger, J.M. (1985). Borderline: an adjective in search of a noun. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 41-48.
- Akiskal, H.S., Judd, L.L., Gillin, J.C. y Lemmi, H. (1997). Subthreshold depressions: clinical and polysomnographic validation of dysthymic, residual and masked forms. *Journal of Affective Disorders*, 45, 53-63.
- Akiskal, H. S., Maser, J. D., Zeller, P.J., Endicott, J., Coryell, W., Keller, M., ..., Goodwin, F. (1995): Switching from “unipolar” to bipolar II. An 11-year prospective study of clinical and temperamental predictors in 559 patients. *Archives of General Psychiatry Journal*, 52, 114-123.
- Albus, M., Hubmann, W., Wahlheim, C., Sobizack, N., Franz, U. y Mohr, F. (1996). Contrasts in neuropsychological test profile between patients with first-episode schizophrenia and first-episode affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 87-93.
- Allen, A. y Links, P.S. (2012). Aggression in borderline personality disorder: evidence for increased risk and clinical predictors. *Current Psychiatry Reports*, 14, 62-69.
- Altshuler, L.L., Kupka, R.W., Helleman, G., Frye, M.A., Sugar, C.A., McElroy, S.L.,...Suppes, T. (2010). Gender and depressive symptoms in 711 patients with bipolar disorder evaluated prospectively in the Stanley Foundation bipolar treatment outcome network. *The American Journal of Psychiatry*, 167, 708-715
- Álvarez, E.M. y Gutiérrez-Rojas, L. (2015). Comorbidity of bipolar disorder and eating disorder. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 8, 232-241.
- American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-I)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-II)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III-TR)*. Washington: APA.

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR)*. Washington: APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. Washington: APA.
- Amerio, A., Odone, A., Liapis, C.C. y Ghaemi, S.N. (2014). Diagnostic validity of comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: a systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 129, 343-358.
- Amerio, A., Tonna, M., Odone, A., Stubbs, B. y Ghaemi, S.N. (2016). Course of illness in comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder patients. *Asian Journal of Psychiatry*, 20, 12-14.
- Ammerman, B.A., Olin, T.M., Coccaro, E.F. y McCloskey, M.S. (2017). Predicting nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder using ecological momentary assessment. *Journal of Personality Disorders*, 10, 1-12.
- Anderson, L.B., Paul, L.K. y Brown, W.S. (2017). Emotional intelligence in agenesis of the corpus callosum. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23.
- Andraoulis, P.A., Gluesch, B.C., Stroebel, C.F. et al (1982). Borderline personality disorder subcategories. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 170, 670-679.
- Angst, J. (1995). Epidemiologie du spectre bipolaire. *Encephale*, 2, 37- 42.
- Angst, J., Azorin, J.M., Bowden, C.L., Perugi, G., Vieta, E., Gamma, A.,...Bridge Study Group. (2011). Prevalence and characteristics of undiagnosed bipolar disorders in patients with a major depressive episode: the BRIDGE study. *Archives of General Psychiatry Journal*, 68, 791-798.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Ajdacic, V., Eich, D. y Rössler, W. (2003). Toward a re-definition of subthreshold bipolarity: epidemiology and proposed criteria for bipolar-II, minor bipolar disorders and hypomania. *Journal of Affective Disorders*, 73, 133-146.
- Antoniadis, D., Samakouri, M. y Livaditis, M. (2012). The association of bipolar spectrum disorders and borderline personality disorder. *Psychiatric Quarterly*, 83, 449-465.

Referencias bibliográficas

- Apfel, R.J. y Sifneos, P.E. (1979). Alexithymia: Concept and measurement. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 32, 180-90.
- Arbabi, M., Paast, N., Karim, H.R., Faghfori, S. y Memari, A.H. (2016). Mild neurological impairment may indicate a psychomotor endophenotype in patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 245, 22-26.
- Arntz, A. (2005). Introduction to special issue: cognition and emotion in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 167-172.
- Arts, B., Jabben, N., Krabbendam, L., y van Os, J. (2008). Meta-analyses of cognitive functioning in euthymic bipolar patients and their first-degree relatives. *Psychological Medicine*, 38, 771-785
- Austin, E. J., Saklofske, D. H. y Egan, V. (2005). Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 38, 547-558.
- Austin, M.A., Riniolo, T.C. y Porges, S.W. (2007). Borderline personality disorder and emotion regulation insights from the Polyvagal Theory. *Brain and Cognition*, 65, 69-76.
- Averill, J.R y Nunley, E.P. (1992). *Voyages of the heart: Living an emotionally creative life*. New York: The Free Press.
- Badenhop, R.F., Moses, M.J., Scimone, A., Mitchell, P.B., Ewen-White, K.R., Rosso, A.,...Schofield, P.R. (2002). A genome screen of 13 bipolar affective disorder pedigrees provides evidence for susceptibility loci on chromosome 3 as well as chromosomes 9, 13 and 19. *Molecular Psychiatry*, 7, 851-859
- Baer, R.A., Peters, J.R., Eisenlohr-Moul, T.A., Geiger, P.J. y Sauer, S.E. (2012). Emotion-related cognitive processes in borderline personality disorder: a review of the empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 32, 359-369.
- Baez, S., Marengo, J., Pérez, A., Huepe, D., Font, F.G., Rial, V., ... Ibanez, A. (2014). Theory of mind and its relationship with executive functions and emotion recognition in borderline personality disorder. *Journal of Neuropsychology*, 28, 203-218.
- Bailey, R.C. y Grenyer, B.F. (2013). Burden and support needs of carers of persons with borderline personality disorder: a systematic review. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 248-258.

- Baillarger, J. C. (1854). De la folie à doublé forme. *Annales Medico Psychologiques revue psychiatrique*, 6, 367-391.
- Balanzá-Martínez, V., Crespo-Facorro, B., González-Pinto, A. y Vieta, E. (2015). Bipolar disorder comorbid with alcohol use disorder: focus on neurocognitive correlates. *Frontiers in Physiology*, 6, 108.
- Balanza-Martínez, V., Rubio, C., Selva-Vera, G., Martínez-Aran, A., Sánchez-Moreno, J., Salazar-Fraile, J.,...Tabarés-Seisdedos, R. (2008). Neurocognitive endophenotypes (endophenocognitypes) from studies of relatives of bipolar disorder subjects: a systematic review. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 32, 1426-1438.
- Baldessarini, R.J., Bolzani, L., Cruz, N., Jones, P.B., Lai, M., Lepri, B., ...Vieta, E. (2010). Onset-age of bipolar disorders at six international sites. *Journal of Affective Disorders*, 121, 143-146.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Davis, P., Pompili, M., Goodwin, F.K. y Hennen, J. (2006). Decreased risk of suicides and attempts during long-term lithium treatment: a meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 8, 625-639.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Ghiani, C. y Lepri, B. (2010). Illness risk following rapid versus gradual discontinuation of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 167, 934-941.
- Baldessarini, R.J., Tondo, L., Vazquez, G.H., Undurraga, J., Bolzani, L., Yildiz,A.,...Mauricio, T. (2012). Age at onset versus family history and clinical outcomes in 1,665 international bipolar-I disorder patients. *World Psychiatry*, 11, 40-46.
- Ball, J.S. y Links, P.S. (2009). Borderline personality disorder and childhood trauma: evidence for a causal relationship. *Current Psychiatry Reports*, 11, 63-68.
- Bard, P. (1934). On Emotional Expression after Decortication with some Remarks on Certain Theoretical Views (I-II). *Psychological Review*, 41, 309-329.
- Barnett, J.H. y Smoller, J.W. (2009). The genetics of bipolar disorder. *Neuroscience*, 164, 331-343.
- Barnow, S., Limberg, A., Stopsack, M., Spitzer, C., Grabe, H.J., Freyberger, H.J. y Hamm, A. (2012). Dissociation and emotion regulation in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 42, 783-794.
- Bar-On, R. (1988). *The development of a concept of psychological well-being*. (Unpublished doctoral dissertation). Rhodes University. South Africa.

Referencias bibliográficas

- Bar-On, R. (1997). *The Emotional Quotient Inventory (EQ-I):Technical Manual*, Toronto: Multi Health System.
- Barral, C., Daigre, C., Bachiller, D., Calvo, N., Ros-Cucurull, E., Gancedo, B.,...Roncero, C. (2016). Severity factors associated with borderline personality disorder among misusers in an outpatient sample in Spain. *Journal of Addictive Disorders, 21*, 1-4.
- Bassett, D. (2012). Borderline personality disorder and bipolar affective disorder. Spectra or spectre? A review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 46*, 327-339.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. New York: Oxford University Press.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2010). Mentalization based treatment for borderline personality disorder. *World Psychiatry, 9*, 11-15.
- Bauer, M.S., Kirk, G.F., Gavin, C. y Williford, W.O. (2001). Determinants of functional outcome and healthcare costs in bipolar disorder: a high-intensity follow-up study. *Journal of Affective Disorders, 65*, 231-241.
- Baune, B.T. y Malhi, G.S. (2015): A review on the impact of cognitive dysfunction on social, occupational, and general functional outcomes in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 17*, 41-55.
- Bayes, A., Parker, G. y Fletcher, K. (2014). Clinical differentiation of bipolar II disorder from borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 27*, 14-20.
- Bayes, A., Parker, G. y McClure, G. (2016). Emotional dysregulation in those with bipolar disorder, borderline personality disorder and their comorbid expression. *Journal of Affective Disorder, 204*, 103-111.
- Beblo, T., Pastuszak, A., Gripenstroh, J., Fernando, S., Driessen, M., Schütz, A., Rentzsch, K. y Schlosser, N. (2010). Self-reported emotional dysregulation but no impairment of emotional intelligence in borderline personality disorder: an explorative study. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 198*, 385-388.
- Bech, M., Elklit, A. y Simonsen, E. (2015). Autobiographical memory in borderline personality disorder- A systematic review. *Personality Mental Health, 9*, 162-171.

- Beeney, J.E., Hallquist, M.N., Clifton, A.D., Lazarus, S.A. y Pilkonis, P.A. (2016). Social disadvantage and borderline personality disorder: A study of social networks. *Journal of Personality Disorders, 12*.
- Benabarre, A. y Vieta, P.E. (2000). *Neurobiología de los trastornos afectivos estacionales*. En J. Montejo-Pernas (Eds). Estacionalidad de los trastornos afectivos. Monografías de Psiquiatría (pp. 6-13). La Rioja: Aula Médica Ediciones.
- Berk, M., Conus, P., Lucas, N., Hallam, K., Malhi, G.S., Dodds, S.,...McGorry, P. (2007). Setting the stage: from prodrome to treatment resistance in bipolar disorder. *Bipolar Disorders, 9*, 671-678.
- Bernarás, E., Garaigordobil, M. y de las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. *Boletín de Psicología, 103*, 75-88.
- Bernstein, D.P. y Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire. A retrospective self-report. Manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation, Harcourt Brace & Company.
- Berrios, M.P., Augusto-Landa, J.M. y Aguilar-Luzón, M.C. (2006). Inteligencia emocional percibida y satisfacción laboral en contextos hospitalarios. Un estudio exploratorio con profesionales de enfermería. *Index de Enfermería, 54*, 30-34.
- Beyer, J.L. y Weisler, R.H. (2016). Suicide Behaviors in Bipolar Disorder: A review and Update for the Clinician. *The Psychiatric Clinics of North America, 39*, 111-123.
- Bienvenu, O.J., Davydow, D.S. y Kendler, K.S. (2011). Psychiatric 'diseases' versus behavioral disorders and degree of genetic influence. *Psychological Medicine, 41*, 33-40.
- Bilderbeck, A.C., Atkinson, L.Z., Geddes, J.R., Goodwin, G.M. y Harmer, C.J. (2016). The effects of medication and current mood upon facial emotion recognition: findings from a large bipolar disorder cohort study. *Journal of Psychopharmacology, 26*, 320-326.
- Bisquerra, R. (2002). La competencia emocional. En M. Álvarez y R. Bisquerra (Eds.). *Manual de orientación y tutoría* (pp.144/69-144/83). Barcelona: Práxis.
- Blackwood, D.H., Pickard, B.J., Thomson, P.A., Evans, K.L., Porteous, D.J. y Muir, W.J. (2007). Are some genetic risk factors common to schizophrenia, bipolar disorder and depression? Evidence from DISC1, GRIK4 and NRG1. *Neurotoxicity Research, 11*, 73-83.

Referencias bibliográficas

- Blankley, G., Galbally, M., Snellen, M., Power, J. y Lewis, A.J. (2015). Borderline Personality Disorder in the perinatal period: early infant and maternal outcomes. *Australas Psychiatry*, 23, 688-692.
- Bloch, P.J., Weller, A.E., Doyle, G.A., Ferraro, T.N., Berrettini, W.H., Hodge, R. y Lohoff, F.W. (2010). Association analysis between polymorphisms in the myo-inositol monophosphatase 2 (IMPA2) gene and bipolar disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 34, 1515-1519.
- Blond, B.N., Fredericks, C.A. y Blumberg, H.P. (2012). Functional neuroanatomy of bipolar disorder: structure, function, and connectivity in an amygdala-anterior paralimbic neural system. *Bipolar Disorders*, 14, 340-355.
- Bohus, M., Limberger, M.F., Frank, U., Sender, I., Gratwohl, T. y Stieglitz, R.D. (2001). Entwicklung der Borderline-Symptom-Liste (Development of the borderline symptom list). *Psychotherapie, Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 51, 201-211.
- Bora, E., Yucel, M. y Pantelis, C. (2009). Cognitive endophenotypes of bipolar disorder: a meta-analysis of neuropsychological deficits in euthymic patients and their first-degree relatives. *Journal of Affective Disorders*, 113, 1-20.
- Borchardt, C.M. y Bernstein, G.A. (1995). Comorbid disorders in hospitalized bipolar adolescents compared with unipolar depressed adolescents. *Child Psychiatry and Human Development*, 26, 11-18.
- Bornoalova, M.A., Levy, R., Gratz, K.L. y Lejuez, C.W. (2010). Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychological Assessment*, 22, 233-245.
- Bornstein, R.F., Becker-Matero, N., Winarick, D.J. y Reichman, A.L. (2010). Interpersonal dependency in borderline personality disorder: clinical context and empirical evidence. *Journal of Personality Disorders*, 24, 109-127.
- Boyatzis, R.E., Goleman, D. y Rhee, K. (2000). Clustering competence in emotional intelligence. Insight from the Emotional Competence Inventory (ECI). En R. Bar-On y J.D. Parker (Eds.). *Handbook of Emotional Intelligence* (pp. 343-362). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

- Boyer, L., Baumstarck, K., Alessandrini, M., Hamidou, Z., Testart, J., Serres, M.,...Zendjidjian, X. (2017). Emotional intelligence and coping strategies as determinants of quality of life in depressed patient-caregiver dyads: an actor-partner interdependence analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 74, 70-79.
- Bozorg, B., Tehrani-Doost, M., Shahrivar, Z., Fata, L. y Mohamadzadeh, A. (2014). Facial emotion recognition in adolescents with bipolar disorder. *Iranian Journal of Psychiatry*, 9, 20-24.
- Brackett, M.A. y Mayer, J.D. (2003). Convergent, discriminant and incremental validity of competing measures of emotional intelligence. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29, 1147-1158.
- Brackett, M. A. y Salovey, P. (2004). Measuring emotional intelligence as a mental ability with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test. En G. Geher (Eds.), *Measurement of emotional intelligence* (pp. 179-194). Hauppauge, NY: NovaScience Publishers.
- Braden, J.B. y Sullivan, M.D. (2008). Suicidal thoughts and behavior among adults with self-reported pain conditions in the National Comorbidity Survey Replication. *The Journal of Pain*, 9, 1106-1115.
- Brieger, P., Ehrst, U. y Marneros, A. (2003). Frequency of comorbid personality disorders in bipolar and unipolar affective disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 44, 28-34.
- Brotman, M.A., Guver, A.E., Lawson, E.S., Horsey, S.E., Rich, B.A., Dickstein, D.P.,...Leibenluft, E. (2008). Facial emotion labeling deficits in children and adolescents at risk for bipolar disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 165, 385-389.
- Brotman, M.A., Tseng, W.L., Olsavsky, A.K., Fromm, S.J., Muhrer, E.J., Rutenberg, J.G.,...Leibenluft, E. (2014). Fronto-limbic-striatal dysfunction in pediatric and adult patients with bipolar disorder: impact of face emotion and attentional demands. *Psychological Medicine*, 44, 1639-1651.
- Brown, M. Z., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and non-suicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 198-202.
- Brus, M.J., Solanto, M.V. y Goldberg J.F. (2014). Adult ADHD vs. bipolar disorder in the DSM-5 era: a challenging differentiation for clinicians. *Journal of Psiquiatric Practice*, 20, 428-437.

Referencias bibliográficas

- Burckle, M. (2000). *Can you assess your own emotional intelligence? Evidence supporting multi-rater assessment*. Hay: McBer Research Report.
- Byrne, J. C. (2003). *The role of emotional intelligence in predicting leadership and related work behavior*. Hoboken: Stevens Institute of Technology, Technology Management.
- Caballo, V. (2004). *Manual de trastornos de la personalidad. Descripción, evaluación y tratamiento*. Madrid: Síntesis.
- Cabello, R., Sorrel, M.A., Fernández-Pinto, I., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2016). Age and gender differences in ability emotional intelligence in adults: A cross-sectional study. *Developmental Psychology*, 52, 1486-1492.
- Cade, J. F. (1949). Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. *Medical Journal of Australia*, 36, 349-352.
- Cannon, M., Caspi, A., Moffitt, T.E., Harrington, H., Taylor, A., Murray, R.M. y Poulton, R. (2002). Evidence for early-childhood, pan-developmental impairment specific to schizophreniform disorder: results from a longitudinal birth cohort. *Archives of General Psychiatry*, 59, 449-456.
- Cannon, W.B. (1927). The James-Lange Theory emotion: A critical examination and an alternative theory. En M.B. Arnold (Eds.) *The Nature of Emotion*. Penguin: Harmondsworth.
- Cardenas, S.A, Kaessem, L. Brotman, M.A., Leibenluft, E. y McMahon, F.J. (2016). Neurocognitive functioning in euthymic patients with bipolar disorder and unaffected relatives: A review of the literature. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 69, 193-215.
- Cardoso, T., Bauer, I.E., Meyer, T.D., Kapczinski, F. y Soares, J.C. (2015). Neuroprogression and Cognitive Functioning in Bipolar Disorder: A Systematic Review. *Current Psychiatry Report*, 17, 75.
- Carlson, G.A. y Pataki, C. (2016). Understanding Early Age of Onset: a Review of the Last 5 Years. *Current Psychiatry Report*, 18, 114.
- Carpenter, R. W., Bagby-Stone, S. y Trull, T. J. (2013). *Emotional awareness: Attention dysregulation in borderline personality disorder*. *Handbook of cognition and emotion*. New York, NY: Guilford Press.
- Carpenter, R.W. y Trull, T.J. (2013). Components of emotion dysregulation in borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Report*, 15, 335.

- Carpenter, R.W., Tomko, R.L., Trull, T.J. y Boomsma, D.I. (2013). Gene-environment studies and borderline personality disorder: a review. *Current Psychiatry Report*, 15, 336.
- Carvalho, S., Beblo, T., Schlosser, N., Terfehr, K., Otte, C., Löwe, B., ..., Wingenfeld, K. (2014). The impact of self-reported childhood trauma on emotion regulation in borderline personality disorder and major depression. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15, 384-401.
- Casado, C. y Colomo, R. (2006). Un breve recorrido por la concepción de las emociones en la filosofía occidental. *Revista de filosofía*, 47, 1-10.
- Catalan, A., González de Artaza, M., Bustamante, S., Orgaz, P., Osa, L., Angosto, V., ...González-Torres, M.A. (2016). Differences in facial emotion recognition between first episode psychosis, borderline personality disorder and healthy controls. *PLoS One*, 28, 11.
- Cattell, R. B. (1971). *Abilities: Their structure, growth, and action*. New York: Houghton Mifflin.
- Cerimele, J.M., Chwastiak, L.A., Dodson, S. y Katon, W.J. (2014). The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review. *General Hospital Psychiatry*; 36, 19-25.
- Cerullo, M.A. y Strakowski, S.M. (2007). The prevalence and significance of substance use disorders in bipolar type I and II disorder. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 2, 29.
- Cervera, G., Haro, G. y Martínez-Raga, J. (2005). *Trastorno límite de la personalidad. Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica panamericana.
- Chapman, A.L., Leung, D.W. y Lynch, T.R. (2008). Impulsivity and emotion dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 148-164.
- Chapman, A.L., Rosenthal, M.Z. y Leung, D.W. (2009). Emotion suppression in borderline personality disorder: an experience sampling study. *Journal of Personality Disorders*, 23, 29-47.
- Cherniss, C., Extein, M., Goleman, D. y Weissberg, R.P. (2006). Emotional intelligence: what does the research really indicate? *Educational Psychologist*, 41, 239-245.
- Chu, C., Victor, S.E. y Klonsky, E.D. (2016). Characterizing positive and negative emotional experiences in young adults with borderline personality disorder symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 28.

Referencias bibliográficas

- Ciarrochi, J., Chan, A.Y.C. y Bajgar, J. (2001). Measuring emotional intelligence in adolescents. *Personality and Individual Differences*, 31, 1105-1119.
- Ciarrochi, J., Chan, A.Y.C. y Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences*, 28, 539-561.
- Ciarrochi, J., Deane, F.P. y Anderson, S. (2002) Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. *Personality and individual differences*, 32, 197-209.
- Clark, L., Iversen, S.D. y Goodwin, G.M. (2002). Sustained attention deficit in bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 18, 313-319.
- Clemente, A.S., Diniz, B.S., Nicolato, R., Kapczinski, F.P., Soares, J.C., Firmo, J.O. y Castro-Costa, E. (2015). Bipolar disorder prevalence: a systematic review and meta-analysis of the literature. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 37, 155-161.
- Coccaro, E.F., Siever, L.J., Klar, H.M., Maurer, G., Cochrane, K. y Cooper, T.B. (1989). Serotonergic studies in patients with affective and personality disorder: correlates with suicidal and impulsive aggressive behaviour. *Archives of General Psychiatry*, 46, 587-599.
- Coccaro, E.F. (2015). The nature of impulsive aggression: Commentary on “Aggression in borderline personality disorder –A multidimensional model”. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6, 292-293.
- Colom, F., Vieta, E., Daban, C., Pacchiarotti, I. y Sánchez-Moreno, J. (2006). Clinical and therapeutic implications of predominant polarity in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 93, 13–17.
- Contreras, O., Chávez, M., Aragón, L.E. y Velázquez, M. (2011). Estrategias de pensamiento constructivo en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 10, 99-111.
- Conus, P., Ward, J., Lucas, N., Cotton, S., Yung, A.R., Berk, M. y McGorry, P.D. (2010). Characterisation of the prodrome to a first episode of psychotic mania: results of a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 124, 341–345.
- Coolidge, F.L., Thede, L.L. y Jang, K.L. (2001). Heritability of personality disorders in childhood: a preliminary investigation. *Journal of Personality Disorders*, 15, 33–40.

- Cooper, R.K. y Sawaf, A. (1997). *Estrategia emocional para ejecutivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Corbalán, F., Beaulieu, S. y Armony, J.L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder type I: an fMRI study. *Psychological Medicine*, 45, 2521-2531.
- Coryell, W., Solomon, D., Turvey, C., Keller, M., Leon, A.C., Endicott, J., ...Mueller, T. (2003). The long-term course of rapid-cycling bipolar disorder. *Archives of General Psychiatry*, 60, 914-920.
- Craddock, N. y Sklar, P. (2009). Genetics of bipolar disorder: successful start to a long journey. *Trends in Genetics*, 25, 99-105.
- Craney, J.L. y Geller, B. (2003). A prepubertal and early adolescent bipolar disorder-I phenotype: review of phenomenology and longitudinal course. *Bipolar Disorders*, 5, 243-256.
- Cruz, N., Vieta, E., Comes, M., Haro, J.M., Reed, C., Bertsch, J. y EMBLEM Advisory Board (2008). Rapid-cycling bipolar I disorder: course and treatment outcome of a large sample across Europe. *Journal of Psychiatry Research*, 42, 1068-1075.
- Cullen, B., Ward, J., Graham, N.A., Deary, I.J., Pell, J.P, Smith, D.J. y Evans, J.J. (2016). Prevalence and correlates of cognitive impairment in euthymic adults with bipolar disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 205, 165-181.
- Czarna, A.Z., Leifeld, P., Smieja, M., Dufner, M. y Salovey, P. (2016). Do narcissism and emotional intelligence win us friends? Modeling dynamics of peer popularity using inferential network analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27.
- Daban, C., Colom, F., Sanchez-Moreno, J., García-Amador, M. y Vieta, E. (2006). Clinical correlates of first-episode polarity in bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 433-437.
- Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A.M. y Damasio, A.R. (1994). The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient. *Science*, 264, 1102-1105.
- Daros, A.R., Ruocco, A.C., Reilly, J.L., Harris, M.S. y Sweeney, J.A. (2014). Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis. *Schizophrenia Research*, 153, 32-37.
- Daros, A.R., Uliaszek, A.A. y Ruocco, A.C. (2014). Perceptual biases in facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Personality Disorders*, 5, 79-87.

Referencias bibliográficas

- Davids, E. y Gastpar, M. (2005). Attention déficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 29, 865-877.
- Davies, M., Stankov, L. y Roberts, R. D. (1998). Emotional intelligence: in search of an elusive construct. *Journal of Personality and Social Psychology*, 75, 989-1015.
- Dawda, D. y Hart, S.D. (2000). Assessing emotional intelligence: reliability and validity of the Bar-On Emotional Quotient Inventory (EQ-i) in university students. *Personality and Individual Differences*, 28, 797-812.
- De Brito Ferreira Fernandes, F., Gigante, A.D., Berutti, M., Amaral, J.A., de Almeida, K.M., de Almeida Rocca, C.C., Lafer, B. y Nery, F.G. (2016). Facial emotion recognition in euthymic patients with bipolar disorder and their unaffected first-degree relatives. *Comprehensive Psychiatry*, 68, 18-23.
- De Dios, C., Ezquiaga, E., Garcia, A., Soler, B. y Vieta, E. (2010). Time spent with symptoms in a cohort of bipolar disorder outpatients in Spain: a prospective, 18-month follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 125, 74-81.
- De-Almeida, C.P., Wenzel, A., de-Carvalho, C.S., Powell, V.B., Araújo-Neto, C., Quarantini, L.C. y de-Oliveira, I.R. (2012). Amygdalar volumen in borderline personality disorder with and without comorbid post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *CNS Spectrum*, 17, 70-75.
- Dell'Osso, B., Berlin, H.A., Serati, M. y Altamura, A.C. (2010). Neuropsychobiological aspects, comorbidity patterns and dimensional models in borderline personality disorder. *Neuropsychobiology*, 61, 169-179.
- Depue, R. y Monroe, S. (1978). The unipolar-bipolar distinction in depressive disorders. *Psychological Bulletin*, 85, 1001-1029.
- Derks, Y.P., Westerhof, G.J. y Bohlmeijer, E.T. (2016). A Meta-Analysis on the Association Between Emotional Awareness and Borderline Personality Pathology. *Journal of Personality Disorder*, 7, 1-23.
- Derogatis, L.R. (2002). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA.
- Dersh, J., Gatchel, R.J., Mayer, T., Polatin, P. y Temple, O.R. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *The Spine Journal*, 31, 1156-1162.

- Deschamps, P.K. y Vreugdenhil, C. (2008). Stability of borderline personality disorder from childhood to adulthood: a literature review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 50, 33-41.
- Deshauer, D., Duffy, A., Alda, M., Grof, E., Albuquerque, J. y Grof, P. (2003). The cortisol awakening response in bipolar illness: a pilot study. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 462-466.
- Dickstein, D.P., Leubenluft, E. (2006). Emotion regulation in children and adolescents: boundaries between normalcy and bipolar disorder. *Development and Psychopathology*, 18, 1105-1131.
- Dixon-Gordon, K.L., Gratz, K.L., Breetz, A. y Tull, M. (2013). A laboratory-based examination of responses to social rejection in borderline personality disorder: the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Personality Disorders*, 27, 157-171.
- Dodds, F. (2003). *Trastorno afectivo bipolar. Consideraciones para el trabajo en atención primaria de salud*. Cuadernos de psiquiatría comunitaria y salud mental para la atención primaria de salud. Santiago de Chile: Universidad de Santiago de Chile. Servicio de salud metropolitano. Complejo asistencial Barros Luco.
- Domes, G., Grabe, H.J., Czieschnek, D., Heinrichs, M. y Herpertz, S.C. (2011). Alexithymic traits and facial emotion recognition in borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80, 383-385.
- Domes, G., Schulze, L. y Herpertz, S.C. (2009). Emotion recognition in borderline personality disorder-a review of the literature. *Journal of Personality Disorders*, 23, 6-19.
- Downey, L.A., Jhonston, P.J., Hansen, K.L., Schembri, R., Stough, C., Tuekwell, V. Y Schweitzer, I. (2008). The relationship between EI and depression in a clinical sample. *European Journal of Psychiatry*, 22, 93-98.
- Duarte, W., Becerra, R. y Cruise, K. (2016). The relationship Between Neurocognitive Functioning and Occupational Functioning in Bipolar Disorder: A literature Review. *European Journal of Psychology*, 12, 659-678.
- Duffy, A., Horrocks, J., Milin, R., Doucette, S., Persson, G. y Grof, P. (2012). Adolescent substance use disorder during the early stages of bipolar disorder: a prospective high-risk study. *Journal of Affective Disorders*, 142, 57-64.

Referencias bibliográficas

- Dziobek, I., Preissler, S., Grozdanovic, Z., Heuser, I., Heekeren, H.R. y Roepke, S. (2011). Neuronal correlates of altered empathy and social cognition in borderline personality disorder. *Neuroimage*, 57, 539-548.
- Ekman, P. (2003). *Emotions Revealed*. New York: Times Books.
- Ekman, P. y Friesen, W.V. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, New Jersey: Spectrum-Prentice Hall.
- Elices, M., Soler, J., Fernández, C., Martín-Blanco, A., Jesús-Portella, M., Pérez, V., Álvarez, E., y Carlos Pascual, J. (2012). Physiological and self-assessed emotional responses to emotion-eliciting films in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 200, 437-443.
- Ellenbogen, M.A., Santo, J.B., Linnen, A.M., Walker, C.D. y Hodgins, S. (2010). High cortisol levels in the offspring of parents with bipolar disorder during two weeks of daily sampling. *Journal of Bipolar Disorders*, 12, 77-86.
- Ellicot, A., Hammen, C., Gitlin, M., Brown, G. y Jamison, K. (1990). Life events and the course of bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1194-1198.
- Elliot, R.L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L. y Loughland, C. (2014). When I look into my baby's eyes...infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant Mental Health Journal*, 35, 21-32.
- Enzi, B., Doering, S., Faber, C., Hinrichs, J., Bahmer, J. y Northoff, G. (2013). Reduced deactivation in reward circuitry and midline structures during emotion processing in borderline personality disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 14, 45-56.
- Epstein, J. L. (1987). Toward a theory of family-school connections: Teacher practices and parent involvement. En K. Hurrelmann, F. Kaufmann y F. Losel (Eds.), *Social intervention: Potential and constraints* (pp. 121-136). New York: DeGruyter.
- Epstein, S. (1994). Integration of the cognitive and psychodynamic unconscious. *American Psychologist*, 49, 709-724.
- Epstein, S. (2001). *Inventario de pensamiento constructivo. Una medida de la inteligencia emocional*. Madrid: TEA.
- Epstein, S. (2012). *Inventario de Pensamiento Constructivo (CTI). Una medida de la Inteligencia Emocional. Manual*. 4ª Edición revisada y ampliada. Madrid: TEA Ediciones.

- Erikson, E.H. (1956). The problem of ego identity. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 4, 66-81.
- Ernsta, L. y Goldberg, J.F. (2004). Clinical features related to age at onset in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 82, 21-27.
- Escribano, T. (2006). Trastorno Límite de la Personalidad: Estudio y Tratamiento. *Intelligo*, 1, 4-20.
- Extremera, N. (2003). *El modelo de inteligencia emocional de Mayer y Salovey y su validez en las muestras españolas*. (Tesis de doctorado). Universidad de Málaga. Málaga.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2009). *Test de Inteligencia Emocional de Mayer Salovey Caruso*. Madrid: TEA Ediciones.
- Extremera, N. y Rey, L. (2016). Attenuating the negative impact of unemployment: The interactive effects of perceived emotional intelligence and well-being on suicide risk. *PLoS One*, 11.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P. y Salovey, P. (2006). Spanish Version of the Mayer- Salovey- Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) Version 2.0: Reliabilities, Age, and Gender Differences. *Psicothema*, 18, 42-48.
- Extremera, N., Fernández-Berrocal, P., Ruiz-Aranda, D. y Cabello, R. (2006). Inteligencia emocional, estilos de respuesta y depresión. *Ansiedad y Estrés*, 12, 191-205.
- Fallin, M.D., Lasseter, V.K., Avramopoulos, D., Nicodemus, K.K., Wolyniec, P.S., McGrath, J.A.,...Pulver, A.E. (2005). Bipolar I disorder and schizophrenia: a 440-single-nucleotide polymorphism screen of 64 candidate genes among Ashkenazi Jewish case-parent trios. *The American Journal of Human Genetics*, 77, 918-936.
- Falret, J.P. (1854). Mèmoire sur la folie circulaire, forme de maladie mental caractérisée par la reproduction successive et régulière de l'état maniaque, de l'état mélancolique, et d'un intervalle lucide plus o maoins prolongué. *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 19, 382-415.
- Favre, P., Polosan, M., Pichat, C., Bougerol, T. y Baciú, M. (2015). Cerebral correlates of abnormal emotion conflict processing in euthymic bipolar patients: a functional MRI study. *PLoS One*, 10.
- Fenske, S., Lis, S., Liebke, L., Niedtfeld, I., Kirsch, P. y Mier, D. (2015). Emotion recognition in borderline personality disorder: effects of emotional information on negative bias. *Borderline Personality Disorder and Emotional Dysregulation*, 2, 10.

Referencias bibliográficas

- Fernandes, B.S, Molendijk, M.L., Köhler, C.A., Soares, J.C., Leite, C.M., Machado-Vieira, R...Carvalho, A.F. (2015). Peripheral brain-derived neurotrophic factor (BDNF) as a biomarker in bipolar disorder: a meta-analysis of 52 studies. *BMC Medical*, 13, 289.
- Fernandes, B.S., Gama, C.S., Cereser, K.M., Yatham, L.N., Fries, G.R., Colpo, G.,...Kapczinski, F. (2011). Brain-derived neurotrophic factor as a state-marker of mood episodes in bipolar disorders: a systematic review and meta-regression analysis. *Journal of Psychiatry Research*, 45, 995-1004.
- Fernández-Abascal, E.G y Jiménez, M.P. (2010). Psicología de la Emoción. En E.G. Fernández-Abascal, B. García, M.P., Jiménez, M.D., Martín y F.J. Domínguez (Eds.), *Psicología de la Emoción* (pp. 17-74). Madrid: Editorial Universitaria Ramón Areces- UNED.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751-755.
- Fieve, R. R. y Dunner, D. L. (1975). Unipolar and bipolar affective states. En F. Flach y S. Draghi (Eds.) *The Nature and Treatment of Depression* (pp. 145-160). Nueva York: Wiley.
- Figuroa, E. y Silk, K.R. (1997). Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 11, 71-92.
- Fischer-Kern, M., Kapusta, N.D., Doering, S., Hörz, S., Mikutta, C. y Aigner, M. (2011). The relationship between personality organization and psychiatric classification in chronic pain patients. *Psychopathology*, 44, 21-26.
- Fitzpatrick, S. y Kuo, J.R. (2015). A comprehensive examination of delayed emotinal recovery in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 47, 51-59.
- Fletcher, K., Parker, G., Bayes, A., Paterson, A. y McClure, G. (2014). Emotion regulation strategies in bipolar II disorder and borderline personality disorder: differences and relationship with perceived parental style. *Journal of Affective Disorders*, 157, 52-59.
- Fogarty, F., Russell, J.M., Newman, S.C. y Bland, R.C. (1994). Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Mania. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 376, 16-23.

- Fonagy, P., Speranza, M., Luyten, P., Kaess, M., Hessels, C. y Bohus, M. (2015). ESCAP Expert Article: borderline personality disorder in adolescence: an expert research review with implications for clinical practice. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24, 1307-1320.
- Fornaro, M., Orsolini, L., Marini, S., De Berardis, D., Perna, G., Valchera, A., ... Stubbs, B. (2016). The prevalence and predictors of bipolar and borderline personality disorders comorbidity: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 195, 105-118.
- Fossati, A., Gratz, K.L., Borroni, S., Maffei, C., Somma, A. y Carlotta, D. (2015). The relationship between childhood history of ADHD symptoms and DSM-IV borderline personality disorder features among personality disordered outpatients: the moderating role of gender and the mediating roles of emotion dysregulation and impulsivity. *Comprehensive Psychiatry*, 56, 121-127.
- Fossati, A., Gratz, K.L., Maffei, C. y Borroni, S. (2013). Emotion dysregulation and impulsivity additively predict borderline personality disorder features in Italian nonclinical adolescents. *Personality and Mental Health*, 7, 320-333.
- Foti, M.E., Geller, J., Guy, L.S., Gunderson, J.G., Palmer, B.A. y Smith, L.M. (2011). Borderline personality disorder: considerations for inclusion in the Massachusetts parity list of “biologically-based” disorders. *Psychiatric Quarterly*, 82, 95-112.
- Frangou, S., Donaldson, S., Hadjulis, M., Landau, S. y Goldstein, L.H. (2005). The Maudsley Bipolar Disorder Project: executive dysfunction in bipolar disorder I and its clinical correlates. *Biological Psychiatry*, 58, 859-864.
- Franzen, N., Hagenhoff, M., Baer, N., Schmidt, A., Mier, D., Sammer, G., ... Lis, S. (2011). Superior “theory of mind” in borderline personality disorder: an analysis of interaction behavior in a virtual trustgame. *Psychiatry Research*, 187, 224-233.
- Frías, A. y Palma, C. (2015). Comorbidity between post-traumatic stress disorder and borderline personality disorder: a review. *Psychopathology*, 48, 1-10.
- Frías, A., Palma, C., Farriols, N. y González, L. (2016). Sexuality-related issues in borderline personality disorder: A comprehensive review. *Personality Mental Health*, 3, 16-24.

Referencias bibliográficas

- Friborg, O., Martinsen, E.W., Martinussen, M., Kaiser, B., Overgard, K.T. y Rosenvigne, J.H. (2014). Comorbidity of personality disorder in mood disorder: a meta-analytic review of 122 studies from 1988 to 2010. *Journal of Affective Disorders*, 152-154, 1-11.
- Friedel, R.O. (2004). Dopamine dysfunction in borderline personality disorder: a hypothesis. *Neuropsychopharmacology*, 29, 1029-1039.
- Frijda, N. H. (1988). The laws of emotion. *American psychologist*, 43, 349.
- Gao, K., Tolliver, B.K., Kemp, D.E., Verduin, M.L., Ganocy, S.J., Bilali, S.,...Calabrese, J.R. (2008). Differential interactions between comorbid anxiety disorders and substance use disorder in rapid cycling bipolar I or II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 110, 167-173.
- Garaigordobil, M., y Oñederra, J.A. (2010). Inteligencia emocional en las víctimas de acoso escolar y en los agresores. *European Journal of Education and Psychology*, 3, 243-256.
- García-Fernández, M. y Giménez-Mas, S.I. (2010). La inteligencia emocional y sus principales modelos: propuestas de un modelo integrador. *Espiral. Cuadernos del Profesorado*, 3, 43-52.
- García-Sancho, E., Salguero, J.M. y Fernández-Berrocal, P. (2017). Ability emotional intelligence and its relation to aggression across time and age groups. *Scandinavian Journal of Psychology*, 58, 43-51.
- Gardner, H. (1983). *Frames of mind: The theory of multiple intelligences*. New York: Basic Books.
- Gardner, H. (1995). *Inteligencias múltiples: la teoría en la práctica*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Gatchel, R.J., Polatin, P.B., Mayer, T.G. y Garcy, P.D. (1994). Psychopathology and the rehabilitation of patients with chronic low back pain disability. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 5, 666-670.
- Gelder, M.G., López-Ibor, J.J. y Andreasen, N. (2003). *Tratado de psiquiatría. Tomo II*. Barcelona: Ars Medica.
- Geng, Y. (2016). Gratitude mediates the effect of emotional intelligence on subjective well-being: A structural equation modeling analysis. *Journal of Health Psychology*, 3.
- Ghaemi, S.N. (2012). Antidepressants in bipolar depression: the clinical debate. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 46, 298-301.
- Ghiasi, H., Mohammadi, A. y Zarrinfar, P. (2016). An investigation into the roles of theory of mind, emotion regulation, and attachment styles in

- predicting the traits of borderline personality disorder. *Iran Journal of Psychiatry*, 11, 206-213.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T.L. y Hammen, C. (1995). Relapse and impairment bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1635-1640.
- Gitlin, M.J y Miklowitz, D.J. (2016). The difficult lives of individuals with bipolar disorder: A review of functional outcomes and their implications for treatment. *Journal of Affective Disorder*, 209, 147-154.
- Glenn, C.R. y Klonsky, E.D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23, 20-28.
- Goetz, I., Tohen, M., Reed, C., Lorenzo, M., Vieta, E. y EMBLEM Advisory Board (2007). Functional impairment in patients with mania: baseline results of the EMBLEM study. *Bipolar Disorders*, 9, 45-52.
- Goghari, V.M. y Sponheim, S.R. (2013). More pronounced deficits in facial emotion recognition for schizophrenia than bipolar disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 54, 388-397.
- Gohm, C. L. y Clore, G. L. (2002). Four latent traits of emotional experience and their involvement in well-being, coping, and attributional style. *Cognition and Emotion*, 16, 495-518.
- Goldberg, J.F., Burdick, K.E., Endick, C.J. (2004). Preliminary randomized, double-blind, placebo-controlled trial of pramipexole added to mood stabilizers for treatment-resistant bipolar depression. *American Journal of Psychiatry*, 161, 564-566.
- Goldenberg, I., Matheson, K. y Mantler, J. (2006). The Assessment of Emotional Intelligence: A comparison of Performance-Based and Self-Report Methodologies. *Journal of Personality Assessment*, 86, 33-45.
- Goleman, D. (1995). *Emotional Intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. (1998). *Working whit emotional intelligence*. New York: Bantam.
- Goleman, D. y Boyatzis, R. (2008). Social intelligence and the biology of leadership. *Harvard Business Review*, 86, 74-81.
- González, R.A., Igoumenou, A., Kallis, C. y Coid, J.W. (2016). Borderline personality disorder and violence in the UK population: categorical and dimensional trait assessment. *BMC Psychiatry*, 3, 180.
- González-Pinto, A., Van Os, J., Pérez de Heredia. J.L., Mosquera, F., Aldama, A., Lalaguna, B.,...Micó, J.A. (2003). Age-dependence of Schneiderian

Referencias bibliográficas

- psychotic symptoms in bipolar patients. *Schizophrenia Research*, 61, 157–162.
- Gonzalez-Pinto, A., Gutierrez, M., Mosquera, F., Ballesteros, J., López, P., Ezcurra, J.,..., de León, J. (1998). First episode in bipolar disorder: misdiagnosis and psychotic symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 50, 41–44.
- Goodman, M., Carpenter, D., Tang, C.Y., Goldstein, K.E., Avedon, J., Fernández, N., ... Hazlett, E.A. (2014). Dialectical behavior therapy alters emotion regulation and amygdale activity in patients with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 57, 108-116.
- Goodman, M., New, A.S., Triebwasser, J., Collins, K.A. y Siever, L. (2010). Phenotype, endophenotype, and genotype comparisons between borderline personality disorder and major depressive disorder. *Journal of Personality Disorders*, 24, 38-59.
- Goodwin, F.K. y Jamison, K.R. (2007). *Manic-Depressive Illness* (Second edition). New York: Oxford University Press.
- Gopin, C.B., Burdick, K.E., Derosse, P., Goldbert, T.E. y Malhotra, A.K. (2011). Emotional modulation of response inhibition in stable patients with bipolar I disorder: a comparison with healthy and schizophrenia subjects. *Bipolar Disorders*, 13, 164-172.
- Gras, A., Amad, A., Thomas, P. y Jardri, R. (2014). Hallucinations and borderline personality disorder: a review. *Encephale*, 40, 431-438.
- Gratz, K.L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gratz, K.L., Rosenthal, M.Z., Tull, M.T., Lejuez, C.W. y Gunderson, J.G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 115, 850-855.
- Gratz, K.L., Tull, M.T., Baruch, D.E., Bornovalova, M.A. y Lejuez, C.W. (2008). Factors associated with co-occurring borderline personality disorder among inner-city substance users: the roles of childhood maltreatment, negative affect intensity/reactivity, and emotion dysregulation. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 603-615.

- Gratz, K.L., Tull, M.T., Matusiewicz, A.M., Breetz, A.A. y Lejuez, C.W. (2013). Multimodal examination of emotion regulation difficulties as a function of co-occurring avoidant personality disorder among women with borderline personality disorder. *Personality Disorders Personality Disorders*, 4, 304-314.
- Green, M.J., Cahill, C.M. y Malhi, G.S. (2007). The cognitive and neurophysiological basis of emotion dysregulation in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 103, 29-42.
- Grosjean, B. y Tsai, G.E. (2007). NMDA neurotransmission as a critical mediator of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 32, 103-115.
- Gross, J.J. (1998). The Emerging Field of Emotion Regulation: An Integrative Review. *Review of General Psychology*, 3, 271-299.
- Gruber, J., Harvey, A.G. y Gross, J.J. (2012). When trying is not enough: emotion regulation and the effort-success gap in bipolar disorder. *Emotion*, 12, 997-1003.
- Gruber, J., Harvey, A.G. y Purcell, A. (2011). What goes up can come down? A preliminary investigation of emotion reactivity and emotion recovery in bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 133, 457-466.
- Gruber, J., Hay, A.C. y Gross, J.J. (2014). Rethinking emotion: cognitive reappraisal is an affective positive and negative emotion regulation strategy in bipolar disorder. *Emotion*, 14, 388-396.
- Gruber, J., Purcell, A.L., Perna, M.J. y Mikels, J.A. (2013). Letting go of the bad: deficit in maintaining negative, but not positive, emotion in bipolar disorder. *Emotion*, 13, 168-175.
- Guilford, J.P. (1967). *The Nature of Human Intelligence*. New York: McGraw-Hill.
- Gunderson, J.G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *American Journal of Psychiatry*, 166, 530-539.
- Gunderson, J.G. (2011). Clinical Practice. Borderline personality disorder. *New England Journal of Medicine*, 364, 2037-42.
- Gunderson, J.G. y Phillips, K.A. (1995). Personality disorders. En H.I. Kaplan y B.J. Sadock (Eds.). *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th) (pp. 1438-1441). Baltimore, MD: Williams and Wilkins.
- Gunderson, J.G., Weinberg, I., Daversa, M.T., Kueppenbender, K.D., Zanarini, M.C, Shea, M.T.,...Dyck, I. (2006). Descriptive and longitudinal

Referencias bibliográficas

- observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1173-1178.
- Hafeman, D., Bebko, G., Bertocci, M.A., Fournier, J.C., Chase, H.W., Bonar, L., ... Phillips, M.L. (2017). Amygdala-prefrontal cortical functional connectivity during implicit emotion processing differentiates youth with bipolar spectrum from youth with externalizing disorders. *Journal of Affective Disorder*, 15, 94-100.
- Hafizi, S. (2013). Sleep and borderline personality disorder: a review. *Asian Journal of Psychiatry*, 6, 452-459.
- Hagenhoff, M., Frazen, N., Gerstner, L., Koppe, G., Sammer, G., Netter, P., Gallhofer, B. Y Lis, S. (2013). Reduced sensitivity to emotional facial expressions in borderline personality disorder: effects of emotional valence and intensity. *Journal of Personality Disorders*, 27, 19-35.
- Hansen, K., Lloyd, J. y Stough, C. (2009). Emotional Intelligence and Clinical Disorders. En C. Stough (Eds.). *Assesing emotional intelligence: Theory, research and applications* (pp.219-237). New York: Springer.
- Hantouche, E., Angst, J., Demonfaucon, C., Perugi, G., Lancrenon, S. y Akiskal, H. S. (2003). Cyclothymic OCD: a distinct form?. *Journal of Affective Disorders*, 75, 1-10.
- Harari, H., Shamay-Tsoory, S. G., Ravid, M., y Levkovitz, Y. (2010). Double dissociation between cognitive and affective empathy in borderline personality disorder. *Psychiatry Research*, 175, 277-279.
- Harned, M.S., Ruork, A.K., Liu, J. y Tkachuck, M.A. (2015). Emotional Activation and Habituation During Imaginal Exposure for PTSD Among Women With Borderline Personality Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 253-257.
- Hawton, K., Sutton, L., Haw C., Sinclair, J. y Harriss, L. (2005). Suicide and attempted suicide in bipolar disorder: a systematic review of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 693-704.
- He, W., Chai, H., Chen, W., Zhang, J., Xu, Y., Zhu, J. y Wang, W. (2012). Facial emotion triggered cerebral potentials in treatment resistant depression and borderline personality disorder patients of both genders. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 37, 121-127.
- Heissler, J., Kanske, P., Schönfelder, S. y Wessa, M. (2014). Inefficiency of emotion regulation as vulnerability marker for bipolar disorder: evidence

- from healthy individuals with hypomanic personality. *Journal of Affective Disorder*, 154, 83-90.
- Hennen, J. y Baldessarini, R.J. (2005). Suicidal risk during treatment with clozapine: a meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 73, 139-145.
- Herbst, L. (2010). Differential diagnosis between borderline personality disorder and bipolar disorder. *Vertex*, 21, 294-300.
- Herman, J.L., y Van der Kolk, B.A. (1987). Traumatic antecedents of borderline personality disorder. En B. Van der Kolk (Eds.), *Psychological trauma* (pp. 111-126). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Herman, J.L., Perry, J.C. y van der Kolk, B.A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146, 490-495.
- Hernández-Goñi, P., Tirapu-Ustárruz, J., Iglesias-Fernández, M.D. y Luna-Lario, P. (2010). Participación del cerebelo en la regulación del afecto, la emoción y la conducta. *Revista de Neurología*, 51, 597-609.
- Herpertz, S. C., Kunert, H. J., Schwenger, U. B. y Sass, H. (1999). Affective responsiveness in borderline personality disorder: A psychophysiological approach. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1550-1556.
- Herr, N.R., Rosenthal, M.Z., Geiger, P.J. y Erikson, K. (2013). Difficulties with emotion regulation mediate the relationship between borderline personality disorder symptom severity and interpersonal problems. *Personality and Mental Health*, 7, 191-202.
- Hertel, J., Schütz, A. y Lammers, C.H. (2009). Emotional intelligence and mental disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 942-954.
- Hirschfeld, R. M., Calabrese, J. R., Weissman, M. M., Reed, M., Davies, M.A., Frye, M.A., ... Wagner, K.D. (2003). Screening for bipolar disorder in the community. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 53-59.
- Humphrey, R. H., Sleeth, R. G. y Kellet, J. B. (2001). *Emotional competence, complex task choice, and leadership emergence*. Virginia Commonwealth University, School of Business. Unpublished Paper.
- Hunt, G.E., Malhi, G.S., Cleary, M., Lai, H.M. y Sitharthan, T. (2016). Prevalence of comorbid bipolar and substance use disorder in clinical settings, 1990-2015: Systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 206, 331-349.

Referencias bibliográficas

- Hurlemann, R., Hawellek, B., Maier, W. y Dolan, R.J. (2007). Enhanced emotion-induced amnesia in borderline personality disorder. *Psychological Medicine*, 37, 971-981.
- Huynh, C., Guilé, J.M. y Godbout, R. (2012). Polysomnographic studies on sleep in adult borderline personality disorder. *La Presse Médicale*, 41, 63-75.
- Ibraheim, M., Kalpakci, A. y Sharp, C. (2017). The specificity of emotion dysregulation in adolescents with borderline personality disorder: comparison with psychiatric and healthy controls. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 4, 1.
- Iglesias, C. y Hernández, M. (2000). ¿Dónde está el límite? *Anales de Psiquiatría*, 16, 48-53.
- Isen, A. M. (1987). Positive affect, cognitive processes, and social behavior. En L. Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 203-253). New York: Academic.
- IsHak, W.W., Elbau, I., Ismail, A., Delaloye, S., Ha, K., Bolotaulo, N.I.,..., Wang, C. (2013). Quality of life in borderline personality disorder. *Harvard Review of Psychiatry*, 21, 138-150.
- Iverson, K.M., Follette, V.M., Pistorello, J. y Fruzzetti, A.E. (2012). An investigation of experiential avoidance, emotion dysregulation, and distress tolerance in young adult outpatients with borderline personality disorder symptoms. *Personality Disorders*, 3, 415-422.
- Izard, C.E. (1989). The structure and functions of emotions: Implications for cognitions, motivation and personality. En E.S. Cohen (Eds.), *The G Stanley Hall lectura series* (Vol. 9). Washington, DC: American Psychological Association.
- Jacobs, M., Snow, J., Geraci, M., Vythilingam, M., Blair, R.J.R., Charney, D., ... y Blair, K. (2008). Association between level of emotional intelligence and severity of anxiety in generalized social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1487-1495.
- James, A., Berelowitz, M. y Vereker, M. (1996). Borderline personality disorder: study in adolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 5, 11-17.
- Janowsky, D.S., el Yousef, M.K., Davis, J.M., y Sekerke, H.J. (1972). A cholinergic-adrenergic hypothesis of mania and depression. *Lancet*, 2, 632-635.

- Jeung, H. y Herpertz, S.C. (2014). Impairments of interpersonal functioning: empathy and intimacy in borderline personality disorder. *Psychopathology*, 47, 220-234.
- Jimenez, E., Arias, B., Mitjans, M. y Benabarre, A. (2013). Genetic variability at IMPA2, INPP1 and GSK3beta increases the risk of suicidal behavior in bipolar patients. *European Neuropsychopharmacology*, 23, 1452-1462.
- Joffe, R.T., MacQueen, G.M., Marriott, M. y Young, L.T. (2005). One-year outcome with antidepressant--treatment of bipolar depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112, 105-109.
- Johnson, P.A., Hurley, R.A., Benkelfat, C., Herpertz, S.C. y Taber, K.H. (2003). Understanding emotion regulation in borderline personality disorder: contributions of neuroimaging. *Journal of Neuro psychiatry & Clinical Neurosciences*, 15, 397-402.
- Johson, S.L., Tharp, J.A., Peckham, A.D. y McMaster, K.J. (2016). Emotion in bipolar I disorder: implications for functional and symptom outcomes. *Journal of Abnormal Psychology*, 125, 40-52.
- Jonas, J.M. y Pope, H.G. (1984). Psychosis in borderline personality disorder. *Developmental Psychiatry*, 2, 295-308.
- Jopling, E.N., Khalid-Khan, S., Chandrakumar, S.F. y Segal, S.C. (2016). A retrospective chart review: adolescents with borderline personality disorder, borderline personality traits, and controls. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 21.
- Jordan, P.J. y Ashkanasy, N.M. (2006). Emotional intelligence, emotional self-awareness, and team effectiveness. En V.U. Druskat, F. Sala y G.J. Mount (Eds.), *Linking emotional intelligence and performance at work* (pp. 145-164). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Joslyn, C., Hawes, D.J., Hunt, C. y Mitchell, P.B. (2016). Is age of onset associated with severity, prognosis, and clinical features in bipolar disorder? A meta-analytic review. *Bipolar Disorders*, 18, 389-403.
- Joyce, P.R., Fergusson, D.M., Woollard, G., Abbott, R.M., Horwood, L.J. y Upton, J. (1995). Urinary catecholamines and plasma hormones predict mood state in rapid cycling bipolar affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 33, 233-243.
- Judd, L.L., Akiskal, H.S., Schettler, P.J., Endicott, J., Maser, J., Solomon, D.A.,...Keller, M.B. (2002). The long-term natural history of the weekly

Referencias bibliográficas

- symptomatic status of bipolar I disorder. *Archives of General Psychiatry Journal*, 59, 530–537.
- Kamel Abbasi, A.R., Tabatanaei, S.M., Aghamohammadivan Sharbaf, H. y Karshki, H. (2016). Relationship of attachment styles and emotional intelligence with marital satisfaction. *Iran Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 15, 10.
- Kanske, P., Schönfelder, S., Forneck, J. y Wessa, M. (2015). Impaired regulation of emotion: neural correlates of reappraisal and distraction in bipolar disorder and unaffected. *Translation Psychiatry*, 20.
- Kapczinski F, Dias, V.V., Kauer-Sant'anna, M., Brietzke, E., Vázquez, G.H., Vieta, E. y Berk, M. (2009). The potential use of biomarkers as an adjunctive tool for staging bipolar disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 33, 1366-1371.
- Kapczinski, F., Dias, V.V., Kauer-Sant'anna, M., Frey, B.N., Grassi-Oliveira, R., Colom, F. y Berk, M. (2009). Clinical implications of a staging model for bipolar disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 957-966.
- Kapczinski, F., Vieta, E., Andreazza, A.C., Frey, B.N., Gomes, F.A., Tramontina, J., Kauer-Sant'anna, M., Grassi-Oliveira, R. y Post, R.M. (2008). Allostatic load in bipolar disorder: implications for pathophysiology and treatment. *Neuroscience and Biobehavioral Review*, 32, 675-692.
- Kassem, L., López, V., Hedeker, D., Steele, J., Zandi, P., Bipolar Disorder Consortium NIMH Genetics Initiative y McMahon, F.J. (2006). Familiarity of Polarity at Illness Onset in Bipolar Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1754-1759.
- Kauer-Sant'anna, M., Kapczinski, F., Andreazza, A.C., Bond, D.J., Lam, R.W., Young, L.T. y Yatham, L.N. (2009). Brain-derived neurotrophic factor and inflammatory markers in patients with early- vs. late-stage bipolar disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 12, 447-458.
- Kaur, I., Schutte, N.S. y Thorseinsson, E.B. (2006). Gambling control self-efficacy as a mediator of the effects of low emotional intelligence and problem gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 405-411.
- Kawa, I., Carter, J.D., Joyce, P.R., Doughty, C.J., Frampton, C.M., Wells, J.E., Walsh, A.E., Olds, R.J. (2005). Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation. *Bipolar disorders*, 7, 119-125.

- Kee, K.S., Horan, W.P., Salovey, P., Kern, R.S., Sergi, M.J., Fiske, A.P....Green, M.F. (2009). Emotional intelligence in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 107*, 61-68.
- Keener, M.T., Fournier, J.C., Mullin, B.C., Kronhaus, D., Perlman, S.B., LaBarbara, E.,...Phillips, M.L. (2012). Dissociable patterns of medial prefrontal and amygdala activity to face identity versus emotion in bipolar disorder. *Psychological Medicine, 42*, 1913-1924.
- Keller, M.B., Lavori, P.W., Coryell, W., Endicott, J. y Mueller, T.I. (1993). Bipolar I: a five-year prospective follow-up. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 181*, 238-245.
- Kelley, R. y Caplan, J. (1993). How Bell Labs creates star performers. *Harvard Business Review, 71*, 128-139.
- Kendell, R.E., Chalmers, J.C. y Platz, C. (1987). Epidemiology of puerperal psychoses. *British Journal of Psychiatry, 150*, 662-673.
- Kerns, J. G. (2005). Positive schizotypy and emotion processing. *Journal of Abnormal Psychology, 114*, 392-401.
- Kessing, L.V. (2006). Diagnostic subtypes of bipolar disorder in older versus younger adults. *Bipolar Disorders, 8*, 56-64.
- Kessler, R. C., McGonagle, K., Zhao, S., Nelson, C.B., Hughes, M., Eshleman, S.,...Kendler, K.S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatry disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry, 51*, 8-19.
- Kessler, R.C., Rubinow ,D.R., Holmes, C., Abelson, J.M. y Zhao, S. (1997). The epidemiology of DSM-III-R bipolar I disorder in a general population survey. *Psychological Medicine, 27*, 1079-1089.
- Kiel, E.J., Viana, A.G., Tull, M.T. y Gratz, K.L. (2016). Emotion socialization strategies of mothers with borderline personality disorder symptoms: the role of maternal emotion regulation and interactions with infant temperament. *Journal of Personality Disorders, 20*, 1-18.
- Kienast, T., Stoffers, J., BERPohl, F. y Lieb, K. (2014). Borderline personality disorder and comorbid addiction: epidemiology and treatment. *Deutsches Ärzteblatt International, 111*, 280-286.
- Kim, P., Arizpe, J., Rosen, B.H., Razdan, V., Haring, C.T., Jenkins, S.E., ..., Leibenluft, E. (2013). Impaired fixation to eyes during facial emotion labeling in children with bipolar disorder or severe mood dysregulation. *Journal of Psychiatry and Neuroscience, 38*, 407-416.

Referencias bibliográficas

- Kim, S., Sharp, C. y Carbone, C. (2014). The protective role of attachment security for adolescent borderline personality disorder features via enhanced positive emotion regulation strategies. *Personality Disorders, 5*, 125-136.
- King, L. y Emmons, R. (1990). Conflict over emotional expression: psychological and physical correlates. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 864-877.
- Kjaerstad, H.L., Vinberg, M., Goldin, P.R., Koster, N., Stottrup, M.M., Knorr, U., Kessing, L.V. y Miskowiak, K.W. (2016). Impaired down-regulation of negative emotion in self-referent social situations in bipolar disorder: A pilot study of a novel experimental paradigm. *Psychiatry Research, 238*, 318-325.
- Kleinginna, P.R. y Kleinginna, A.M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestions for a consensual definition. *Motivation and Emotion, 5*, 345-379.
- Koenigsberg, H.W., Siever, L.J., Lee, H., Pizzarello, S., New, A.S., Goodman, M., ... Prohovnik, I. (2009). Neural correlates of emotion processing in borderline personality disorder. *Psychiatry Research, 172*, 192-199.
- Kohler, C.G., Hoffman, L.J., Eastman, L.B., Healey, K. y Moberg, P.J. (2011). Facial emotion perception in depression and bipolar disorder: a quantitative review. *Psychiatry Research, 188*, 303-309.
- Köhling, J., Ehrenthal, J.C., Levy, K.N., Schauenburg, H, y Dinger, U. (2015). Quality and severity of depression in borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 37*, 13-25.
- Kolla, N.J., Eisenberg, H. y Links, P.S. (2008). Epidemiology, risk factors, and psychopharmacological management of suicidal behavior in borderline personality disorder. *Archives of Suicide Research, 12*, 1-19.
- Korfine, L. y Hooley, J. M. (2000). Directed forgetting of emotional stimuli in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology, 109*, 214-221.
- Koslow, S.H., Maas, J.W., Bowden, C.L., Davis, J.M., Hanin, I. y Javaid, J. (1983). CSF and urinary biogenic amines and metabolites in depression and mania. A controlled, univariate analysis. *Archives of General Psychiatry Journal, 40*, 999-1010.
- Krechevsky, M. y Gardner, H. (1990). The emergence and nurturance of

- multiple intelligences. En M.J.A. Howe (Eds.), *Encouraging the development of exceptional abilities and talents* (pp. 44-56). Leicester, UK: The British Psychological Society.
- Kroll, J. y Ogata, S. (1987). The relationship of borderline personality disorder to the affective disorders. *Developmental Psychiatry*, 5, 105-128.
- Kuhlken, K., Robertson, C., Benson, J. y Nelson-Gray, R. (2014). The interaction of borderline personality disorder symptoms and relationship satisfaction in predicting affect. *Journal of Personality Disorders*, 5, 20-25.
- Kun, B. y Demetrovics, Z. (2010). Emotional intelligence and addictions: a systematic review. *Substance Use and Misuse*, 45, 1131-1160.
- Kuo, J.R. y Linehan, M.M. (2009). Disentangling emotion processes in borderline personality disorder: physiological and self-reported assessment of biological vulnerability, baseline intensity, and reactivity to emotionally evocative stimuli. *Journal of Abnormal Psychology*, 118, 531-544.
- Kuo, J.R., Fitzpatrick, S., Metcalfe, R.K. y McMain, S. (2015). A multi-method laboratory investigation of emotional reactivity and emotion regulation abilities in borderline personality disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 50, 52-60.
- Kuo, J.R., Khoury, J.E., Metcalfe, R., Fitzpatrick, S. y Goodwill, A. (2015). An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child Abuse & Neglect*, 39, 147-155.
- Kupfer, D.J., Foster, F.G., Reich, L., Thompson, S.K. y Weiss, B. (1976). EEG sleep changes as predictors in depression. *American Journal of Psychiatry*, 133, 622-626.
- Kupka, R.W., Luckenbaugh, D.A., Post, R.M., Leverich, G.S. y Nolen, W.A. (2003). Rapid and non-rapid cycling bipolar disorder: a meta-analysis of clinical studies. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1483-1494.
- Kupka, R.W., Luckenbaugh, D.A., Post, R.M., Suppes, T., Altshuler, L.L., Keck, P.E.Jr., Frye, M.A.,...Nolen, W.A. (2005). Comparison of rapid-cycling and non-rapid-cycling bipolar disorder based on prospective mood ratings in 539 outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162, 1273-1280.
- Kwak, Y.S., Lee, C.I., Hong, S.C, Song, Y.J., Kim, I.C., Moon, S.H, ... Kim,

Referencias bibliográficas

- M.D. (2008). Depressive symptoms in elementary school children in Jeju Island, Korea: prevalence and correlates. *European Children Adolescent Psychiatry, 17*, 343-351.
- La Hong, E. y Lee, Y.S. (2016). The mediating effect of emotional intelligence between emotional labour, job stress, burnout and nurses turnover intention. *International Journal Nursing Practice, 22*, 625-632.
- Laddis, A. (2015). The Pathogenesis and Treatment of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Scientific World Journal, 26*, 1-11.
- Lane, R.D., Quinlan, D.M., Swarch, G.E., Walker, P.A. y Zeitlin, S.B. (1990), The Levels of Emotional Awareness Scale: A cognitive-developmental measure of emotion. *Journal of Personality Assessment, 55*, 124-134.
- Lang, R.J. (1968). Fear reduction and fear behavior: Problems in treating a construct. En J.M. Shlien (Eds.), *Research in psychotherapy* (Vol. 3). Washington, DC: American Psychological Association.
- Larsson, S., Lorentzen, S., Mork, E., Barrett, E.A., Steen, N.E., Lagerberg, T.V.,... Antreassen, O.A. (2010). Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample. *Journal of Affective Disorders, 124*, 174-177.
- Látalová, K. y Prasko, J. (2010). Aggression in borderline personality disorder. *Psychiatry Quarterly, 81*, 239-251.
- Latorre, J.M. y Montañez, J. (2004). Ansiedad, inteligencia emocional y salud en la adolescencia. *Ansiedad y Estrés, 10*, 24-41.
- LeDoux, J. E. (2000). Emotions circuits in the brain. *Annual Review of Neurosciencience, 23*, 155-184.
- LeGris, J. y van Reekum, R. (2006). The neuropsychological correlates of borderline personality disorder and suicidal behaviour. *Canadian Journal of Psychiatry, 51*, 131-142.
- Leible, T.L. y Snell, W.E. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences, 37*, 393-404.
- Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A.S. y Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet, 377*, 74-84.
- Leite, R.T., Nogueira, S. O., do Nascimento, J.P., de Lima, L.S., da Nóbrega, T.B., Virgínio Mda, S.,... Souza, F.G. (2015). The use of Cannabis as Predictor of Early Onset of Bipolar Disorder and Suicide Attempts. *Neural Plasticity, 434*, 127.

- Leonhard, K. (1957). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlín: Akademie.
- Levav, M. (2005). Neuropsicología de la emoción. Particularidades en la infancia. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 5, 15-24.
- Levine, D., Marziali, E. y Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185, 240-246.
- Levy, K.N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 959-986.
- Lex, C., Bazner, E. y Meyer, T.D. (2016). Does stress play a significant role in bipolar disorder? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorder*, 208, 298-308.
- Lin, D.R., Kannappan, A. y Lau, J.N. (2013). The assessment of emotional intelligence among candidates interviewing for general surgery residency. *Journal of Surgical Education*, 70, 514-521.
- Linehan, M.M. (1981). A social-behavioral analysis of suicide and parasuicides: Implications for clinical assessment and treatment. En H. Glazer y Clarkin (Eds.). *Depression: behavioral and directive intervention strategies*. Nueva York: Brunner/Mazel.
- Linehan, M.M. (1987). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: theory and method. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 51, 261-276.
- Linehan, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford Press.
- Linehan, M.M. y Heard, H.L. (1999). Borderline personality disorder: Costs, course and treatment outcomes. En N.E. Miller y K.M. Magruder (Eds.), *Cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practitioners, researchers, and policymakers* (pp. 291-305). New York: Oxford University Press.
- Lis, E., Greenfield, B., Henry, M., Guile, J.M. y Dougherty, G. (2007). Neuroimaging and genetics of borderline personality disorder: a review. *Journal of Psychiatry Neuroscience*, 32, 162-173.
- Lis, S. y Bohus, M. (2013). Social interaction in borderline personality disorder. *Current Psychiatry Report*, 15, 338.
- Lizeretti, N.P., Extremera, N. y Rodríguez, A. (2012). Perceived emotional intelligence and clinical symptoms in mental disorders. *Psychiatric Quarterly*, 83, 407-418.

Referencias bibliográficas

- Lloyd, M. (2001). *Emotional intelligence and Bass Brewers Ltd.* Unpublished Dissertation. Nottingham: Nottingham Business School.
- Lobbestaël, J. y McNally, R.J. (2015). An Empirical Test of Rejection –and Anger- Related Interpretation Bias in Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders, 20*, 1-13.
- Lohoff, F.W. y Berridge, C.W.(2010). Genetics of bipolar disorder. En L.N. Yatham y M. Maj (Eds). *Bipolar Disorder* (pp. 110-123). New York: Wiley-Blackwell.
- Lopes, P. N., Brackett, M., Nezlek, J., Schutz, A., Sellin, I. y Salovey, P. (2004). Emotional intelligence and social interaction. *Personality and Social Psychology Bulletin, 30*, 1018-1034
- Lopes, P.N, Salovey, P. y Straus, R. (2003). Emotional intelligence, personality, and the perceived quality of social relationships. *Personality and individual differences, 35*, 641-658.
- López-Jaramillo, C., Lopera-Vásquez, J., Gallo, A., Ospina-Duque, J., Bell, V., Torrent, C., Martínez-Arán, A. y Vieta, E. (2010). Effects of recurrence on the cognitive performance of patients with bipolar I disorder: implications for relapse prevention and treatment adherence. *Bipolar Disorders, 12*, 557-567.
- Luque-Reca, O., Augusto-Landa, J.M. y Pulido-Martos, M. (2016). Emotional intelligence and depressive symptoms in Spanish institutionalized elders: does emotional self-efficacy act as a mediator? *PeerJ, 21*, 12-31.
- Lynam, D.R. y Widiger, T.A. (2001). Using the five-factor model to represent the DSM-IV personality disorders: an expert consensus approach. *Journal of Abnormal Psychology, 110*, 401–412.
- MacLean, P.D. (1952). Some psychiatric implications of physiological studies on frontotemporal portion of limbic system (visceral brain). *Electroencephalography and Clinical Neurophysiology, 4*, 407–418.
- Mak, A.D. y Lam, L.C. (2013). Neurocognitive profiles of people with borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychiatry, 26*, 90-96.
- Malhi, G.S., Lagopoulos, J., Sachdev, P.S., Ivanovski, B., Shnier, R. y Ketter, T. (2007). Is a lack of disgust something to fear? A functional magnetic resonance imaging facial emotion recognition study in euthymic bipolar disorder patients. *Bipolar Disorder, 9*, 345-357.
- Malhi, G.S., Taniuos, M., Fritz, K., Coulston, C.M., Bargh, D.M., Phan, K.L., Calhoun, V. y Das, P. (2013). Differential engagement of the fronto-limbic

- network during emotion processing distinguishes bipolar and borderline personality disorder. *Molecular Psychiatry*, 18, 1247-1248.
- Manchikanti, L., Pampati, V., Beyer, C. y Damron, K. (2002). Do number of pain conditions influence emotional status? *Pain Physician*, 5, 200–205.
- Manelis, A., Ladouceur, C.D., Graur, S., Monk, K., Bonar, L.K., Hickey, M.B., Dwojak, A.C., et al. (2015). Altered amygdala-prefrontal response to facial emotion in offspring of parents with bipolar disorder. *Brain*, 138.
- Maniglio, R. (2013). Prevalence of child sexual abuse among adults and youths with bipolar disorder: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 33, 561-573.
- Maniglio, R. (2013). The impact of child sexual abuse on the course of bipolar disorder: a systematic review. *Bipolar Disorders*, 15, 341-358.
- Marangell, L.B., Bauer, M.S., Dennehy, E.B., Wisniewski, S.R., Allen, M.H., Miklowitz, D.J., ...Thase, M.E. (2006). Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years. *Bipolar Disorders*, 8, 566–575.
- Marangoni, C., De Chiara, L. y Faedda, G.L. (2015). Bipolar disorder and ADHD: comorbidity and diagnostic distinctions. *Current Psychiatry Report*, 17, 604.
- Martín, F., Flasbeck, V., Brown, E.C. y Brüne, M. (2017). Altered mu-rhythm suppression in borderline personality disorder. *Brain Research*, 21.
- Martineaud, S. y Engelhart, D. (1996). *El test de inteligencia emocional*. Barcelona: Martínez Roca.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Reinares, M., Benabarre, A., Gastó, C. y Salamero, M. (2000). Cognitive dysfunctions in bipolar disorder: evidence of neuropsychological disturbances. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 2-18.
- Martínez-Arán, A., Vieta, E., Colom, F., Torrent, C., Sánchez-Moreno, J., Reinares, M.,...Salamero, M. (2004). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome. *Bipolar Disorders*, 6, 224-232.
- Martínez-Pons, M. (1997). The relation of emotional intelligence with selected areas of personal functioning. *Imagination, Cognition, and Personality*, 17, 3-13.
- Martínez-Sánchez, F., Páez, D. y Ramos, N. (2005). Emoción y adaptación. Introducción al concepto científico de emoción. En: Fernández-

Referencias bibliográficas

- Berrocal, P. y Ramos Díaz, N. (Eds). *Corazones inteligentes*, (pp. 51-75). Barcelona: Kairós.
- Martino, D.J., Samamé, C. y Strejilevich, S.A. (2016). Stability of facial emotion recognition performance in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, *30*, 182-184.
- Martino, M.J., Samamé, C., Ibañez, A. y Strejilevich, S.A. (2015). Neurocognitive functioning in the premorbid stage and in the first episode of bipolar disorder: a systematic review. *Psychiatry Research*, *226*, 23-30.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, *49*, 554-564.
- Matthies, S. y Philipsen, A. (2016). Comorbidity of Personality Disorders and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): Review of Recent Findings. *Current Psychiatry Report*, *18*, 33.
- Matzke, B., Herpertz, S.C., Berger, C., Fleischer, M. y Domes, G. (2014). Facial reactions during emotion recognition in borderline personality disorder: a facial electromyography study. *Psychopathology*, *47*, 101-110.
- Mayer, J. D., Roberts, R. D. y Barsade, S. G. (2008). Human abilities: Emotional intelligence. *Annual Review of Psychology*, *59*, 507-536.
- Mayer, J.D. y Salovey, P. (1997). What is emotional intelligence? En P. Salovey y D. Sluyter (Eds.). *Emotional development and emotional intelligence: Implications for educators* (pp.3-31). New York: Basic Books.
- Mayer, J.D., y Salovey, P. (2006). Inteligencia emocional. *Mente y Cerebro*, *16*, 10-20.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000a). Models of emotional intelligence. En R. J. Stenberg (Eds.), *Handbook of Intelligence* (pp. 396-420). New York: Cambridge University Press.
- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D. (2000b). Emotional intelligence as zeitgeist, as personality, and as a mental ability. En R. Bar-On y J. D. A. Parker (Eds.), *The handbook of emotional intelligence* (pp.92-117). San Francisco: Jossey- Bass.
- Mayer, J. D., Salovey, P., y Caruso, D. R. (2002). Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT). *Item Booklet*. Toronto, Canada: MHS Publishers.

- Mayer, J.D., Salovey, P. y Caruso, D.R. (2002b). *Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) user's manual*. Toronto, Ontario, Canadá: MHS publishers.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. R. (2008). Emotional intelligence: new ability or eclectic traits? *American Psychologist*, *63*, 503.
- Mayer, J.D., Salovey, P. Caruso, D. y Sitarenios, G. (2001). Emotional intelligence as a standard intelligence. *Emotion*, *1*, 232-242.
- Mayer, J.D., Salovey, P. Caruso, D. y Sitarenios, G. (2003). Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V 2.0. *Emotion*, *3*, 97-105.
- McDermid, J. y McDermid, R.C. (2016). The complexity of bipolar and borderline personality: an expression of “emotional frailty”? *Current Opinion in Psychiatry*, *29*, 84-88.
- McElroy, S.L., Hudson, J.I., Pope, H., Jr., Keck, P.R. Jr. y Aizley, H.G. (1992). The DSM-III-R impulse control disorders not elsewhere classified: clinical characteristics and relationship to other psychiatric disorders. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 318-327.
- McElroy, S.L., Strakowski, S.M., Keck, P.E., Jr., Tugrul, K.L., West, S.A. y Lonczak, H.S. (1995). Differences and similarities in mixed and pure mania. *Comprehensive Psychiatry*, *36*, 187-194.
- McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Ralevski, E., Morey, L. C., Gunderson, J. G., ...Pagano, M. (2005). Two-year prevalence and stability of individual DSM-IV criteria for schizotypal, borderline, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Toward a hybrid model of axis II disorders. *The American Journal of Psychiatry*, *162*, 883-889.
- McGrady, A., Lynch, D. y Rapport, D. (2017). Psychosocial factors and comorbidity associated with suicide attempts: findings in patients with bipolar disorder. *Psychopathology*, *25*.
- McWilliams, L.A. y Higgins, K.S. (2013). Associations between pain conditions and borderline personality disorder symptoms: findings from the National Comorbidity Survey Replication. *The Clinical Journal of Pain*, *29*, 527-532.
- Meaney, R., Hasking, P. y Reupert, A. (2016). Borderline personality disorder symptoms in college students: The complex interplay between alexithymia, emotional dysregulation and rumination. *PLoS One*, *11*.

Referencias bibliográficas

- Meaney, R., Hasking, P. y Reupert, A. (2016). Prevalence of Borderline Personality disorder in University Samples: Systematic Review, Meta-Analysis and Meta-Regression. *PLoS One*, 12, 11.
- Mena, C.G., Macfie, J. y Strimpfel, J.M. (2016). Negative affectivity and effortful control in mothers with borderline personality disorder and in their Young children. *Journal of Personality Disorders*, 7, 1-16.
- Mennin, D.S., Heimberg, R.G., Turk, C.I. y Fresco, D.M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 1281-1310.
- Mensebach, C., Wingenfeld, K., Driessen, M., Rullkoetter, N., Schlosser, N., Steil, C., et al. (2009). Emotion-induced memory dysfunction in borderline personality disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 14, 524-541.
- Merikangas, K.R., Herrell, R., Swendsen, J., Rössler, W., Ajdacic-Gross, V. y Angst, J. (2008). Specificity of bipolar spectrum conditions in the comorbidity of mood and substance use disorders: results from the Zurich cohort study. *Archives of General Psychiatry Journal*, 65, 47-52.
- Merrett, Z., Rossell, S.L., Castle, D.J. (2016). Comparing the experience of voices in borderline personality disorder with the experience of voices in a psychotic disorder: A systematic review. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 50, 640-648.
- Mestre, J.M., Comunian, A.L. y Comunian, M.L. (2007). Inteligencia emocional: una revisión a sus primeros quince años y un acercamiento conceptual desde los procesos psicológicos. En J.M. Mestre y P. Fernández-Berrocal (Eds.), *Manual de inteligencia emocional* (pp. 47-68). Madrid: Pirámide.
- Millon, T. (1981). *Disorders of personality: DSM-III, Axis II*. Nueva York: Wiley.
- Millon, T. (1987). On the genesis and prevalence of the borderline personality disorder: A social learning thesis. *Journal of Personality Disorders*, 1, 354-372.
- Millon, T., Grossman, S., Millon, C., Meagher, S. y Ramnath, R. (2006). *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. Segunda edición. Barcelona: Masson.
- Minzenberg, M.J., Fan, J., New, A.S., Tang, C.Y. y Siever, L.J. (2007). Fronto- limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: an event-related fMRI study. *Psychiatry Research*, 155, 231-243.

- Minzenberg, M.J., Poole, J.H, y Vinogradov, S. (2006). Social-emotion recognition in borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 468-474.
- Mitchell, A.E., Dickens, G.L. y Picchioni, M.M. (2014). Facial emotion processing in borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 24, 466-484.
- Molero, C., Saiz, E. y Esteban, C. (1998). Revisión histórica del concepto de inteligencia emocional. Una aproximación a la inteligencia emocional. *Revista Lationamericana de Psicología*, 1, 11-30.
- Morris, R.W., Sparks, A., Mitchell, P.B., Weickert, C.S. y Green, M.J. (2012). Lack of cortico-limbic coupling in bipolar disorder and schizophrenia during emotion regulation. *Translation Psychiatry*, 13.
- Muneer, A., (2016). The Neurobiology of Bipolar Disorder: An Integrated Approach. *Chonnam Medical Journal*, 52, 18-37.
- Murensky, C. L. (2000). *The relationships between emotional intelligence, personality, critical thinking ability and organizational leadership performance at upper levels of management*. Unpublished Dissertation. George Mason University.
- National Institute for Clinical Excellence (2009). *Borderline personality disorder: treatment and management*. Londres: NICE.
- Nel (2001). An industrial psychological investigation into the relationship between emotional intelligence and performance in the call centre environment. Unpublished Master's Thesis. University of Stellenbosch, Department of Industrial Psychology.
- New, A. S., Rot, M., Ripoll, L. H., Pérez-Rodríguez, M. M., Lazarus, S., Zipursky, E., ... Siever, L.J. (2012). Empathy and alexithymia in borderline personality disorder: Clinical and laboratory measures. *Journal of Personality Disorders*, 26, 660-675.
- New, A.S, Trestnam, R.L., Mitropoulou, V. y Benishay, D.S. (1997). Serotonergic function and self-injurious behaviour in personality disorder patients. *Psychiatry Research*, 69, 17-26.
- Newhill, C.E., Eack, S.M. y Mulvey, E.P. (2012). A growth curve analysis of emotion dysregulation as a mediator for violence in individuals with and without borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 26, 452-467.

Referencias bibliográficas

- Nica, E.I. y Links, P.S. (2009). Affective instability in borderline personality disorder: experience sampling findings. *Current Psychiatry Reports*, 11, 74-81.
- Niedtfeld, I., Defiebre, N., Regenbogen, C., Mier, D., Fenske, S., Kirsch, P., ... Schmahl, C. (2016). Facing the problem: Impaired emotion recognition during multimodal social information processing in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 11, 1-16.
- Nierenberg, A.A., Miyahara, S., Spencer, T., Wisniewski, S.R., Otto, M.W., Simon, N.,...STEP-BD Investigators (2005). Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. *Biological Psychiatry*, 57, 1467-1473.
- Nolidin, K. (2006). The relationship between emotional intelligence and social anxiety in a clinical sample. *Unpublish honours thesis*. Swinburne University of Thechnology. Australia.
- Nowicki, S. y Mitchell, J. (1998). Accuracy in identifying affect in child and adult faces and voices and social competence in preschool children. *Genetic, Social, and Psychological Monographs*, 124, 39-59.
- O'Connor, P., Nguyen, J. y Anglim, J. (2016). Effectively coping with task stress: a study of the validity of the Trait emotional intelligence questionnaire-short form (TEIQue-SF). *Journal of Personality Assessment*, 3, 1-11.
- O'Neill, A. y Frodl, T. (2012). Brain structure and function in borderline personality disorder. *Brain Structure and Function*, 217, 767-782.
- O'Connell, R.A., Mayo, J. A., Eng, L. K., Jones, J.S. y Gabel, R.H. (1985). Social support and long-term lithium outcome. *British Journal of Psychiatry*, 147, 272-275.
- Oldham, J.M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Oldman, J.M. y Morris, L.B. (1995). *The new personality self-portrait: Why You Think, Work, Love and Act the Way You Do*. Nueva York: Bantam Books.
- Olsavsky, A.K., Brotman, M.A., Rutenberg, J.G., Muhrer, E.J., Deveney, C.M., Fromm, S.J.,...Leibenluft, E. (2012). Amygdala hyperactivation during face emotion processing in unaffected youth at risk for bipolar disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 51, 294-303.

- Omid, A., Haghani, F. y Adibi, P. (2016). Clinical teaching with emotional intelligence: A teaching toolbox. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 9, 21-27
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento. Descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico* (10ª ed. CIE-10). Madrid: Meditor.
- Otten, M. y Meeter, M. (2015). Hippocampal structure and function in individuals with bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorder*, 174, 113-125.
- Oumaya, M., Friedman, S., Pham, A., Abou Abdallah, T., Guelfi, J.D. y Rouillon, F. (2008). Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *Encephale*, 34, 452-458.
- Palfai, T.P. y Salovey, P. (1993). The influence of depressed and elated mood on deductive and inductive reasoning. *Imagination, Cognition and Personality*, 13, 57-71.
- Palmer, B.R., Gignac, G., Ekermans, G. y Stough, C. (2008). A comprehensive framework for emotional intelligence. En R. J. Emmerling, V. K. Shanwal, M. K. Mandal, (Eds.), *Emotional Intelligence: Theoretical & Cultural Perspectives* (pp. 17 – 38). New York: Nova Science Publishers.
- Palomares, N., McMaster, A., Díaz-Marsá, M., de la Vega, I., Montes, A. y Carrasco, J.L. (2016). Multiple cluster axis II comorbidity and functional outcome in severe patients with borderline personality disorder. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 44, 212-221.
- Pardeller, S., Frajo-Apor, B., Kemmler, G. y Hofer, A. (2016). Emotional intelligence and cognitive abilities-associations and sex differences. *Psychology, Health and Medicine*, 17, 1-10.
- Paret, C., Jennen-Steinmetz, C. y Schmahl, C. (2017). Disadvantageous decision-making in borderline personality disorder: Partial support from a meta-analytic review. *Neuroscience and Behavioral Reviews*, 72, 301-309.
- Paris, J. (1992). Social risk factors for borderline personality disorder: a review and hypothesis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 37, 510-515.
- Paris, J. (1994). *Borderline personality disorder –a multidimensional approach*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

Referencias bibliográficas

- Paris, J. y Black, D.W. (2015). Borderline personality disorder and bipolar disorder: what is the difference and why does it matter? *The Journal of Nervous and Mental Disorder*, 203, 3-7.
- Pastuszak, A. (2012a). Relationship between emotion regulation and emotional intelligence in borderline personality disorder. *Psychiatria Polska*, 46, 409-420.
- Pastuszak, A. (2012b). Emotion regulation in borderline personality disorder-actual research directions. *Psychiatria Polska*, 46, 401-408.
- Pau, A. y Sabri, B.A. (2012). Relationship between emotional intelligence and job satisfaction in newly qualified Malaysian dentists. *Asia-Pacific Journal of Public Health*, 20, 1-9.
- Pavlova, B., Perlis, R.H., Alda, M., y Uher, R. (2015). Lifetime prevalence of anxiety disorder in people with bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry*, 2, 710-717.
- Pavuluri, M.N., O'Connor, M.M., Harral, E. y Sweeney, J.A. (2007). Affective neural circuitry during facial emotion processing in pediatric bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 62, 158-167.
- Pavuluri, M.N., Passarotti, A.M., Harral, E.M. y Sweeney, J.A. (2009). An fMRI study of the neural correlates of incidental versus directed emotion processing in pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 48, 308-319.
- Pérez-González, J.C. y Sanchez-Ruiz, M. J. (2014). Trait emotional intelligence anchored within the Big Five, Big Two and Big One frameworks. *Personality and Individual Differences*, 65, 53-58.
- Pérez-Nieto, M.A. y Camuñas, N. (1998). Estilo atribucional y emociones negativas: una revisión teórica. *Boletín de la SEAS*, 9, 13-23.
- Perlis, R.H., Miyahara, S., Marangell, L.B., Wisniewski, S.R., Ostacher, M., DelBello, M.P.,...STEP-BD Investigators (2004). Long-term implications of early onset in bipolar disorder: data from the first 1000 participants in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD). *Biological Psychiatry*, 55, 875-881.
- Perugi, G., Micheli, C., Akiskal, H.S., Madaro, D., Socci, C., Quilici, C. y Musetti, L. (2000). Polarity of the first episode, clinical characteristics, and course of manic depressive illness: a systematic retrospective investigation of 320 bipolar I patients. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 13-18.

- Perugi, G., Toni, C., Frare, F., Traverso, M., Hantouche, E. y Akiskal, H. S. (2002) Obsessive compulsive-bipolar comorbidity: A systematic exploration of clinical features and treatment outcome. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1129-1134.
- Peter, M., Schuurmans, H., Vingerhoets, A.J., Smeets, G., Verkoijen, P. y Arntz, A. (2013). Borderline personality disorder and emotional intelligence. *The Journal of Nervous Mental Disease*, 201, 99-104.
- Peters, J.R., Smart, L.M. y Baer, R.A. (2015). Dysfunctional responses to emotion mediate the cross-sectional relationship between rejection sensitivity and borderline personality features. *Journal of Personality Disorders*, 29, 231-240.
- Petfield, L., Startup, H., Droscher, H. y Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence- Based Mental Health*, 18, 67-75.
- Petrides, K. V. (2001). *A psychometric investigation into the construct of emotional intelligence*. London: University College.
- Petrides, K. V. (2009). *Technical manual for the Trait Emotional Intelligence Questionnaires (TEIQue)*. Londres: London Psychometric Laboratory.
- Petrides, K. V. y Furnham, A. (2000). On the dimensional structure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 29, 313-320.
- Petty, F., Kramer, G.L., Fulton, M., Moeller, F.G. y Rush, A.J. (1993). Low plasma GABA is a trait-like marker for bipolar illness. *Neuropsychopharmacology*, 9, 125-132.
- Piaget, J. (1977). *The development of thought: Equilibration of cognitive structures* (Trans.A.Rosin). Oxford: Viking.
- Pies, R. (2007). The historical roots of the “bipolar spectrum”: Did Aristotle anticipate Kraepelin's broad concept of manic-depression. *Journal of Affective Disorders*, 100, 7-11.
- Plakun, E.M., Burkhardt, P.E. y Muller, J.P. (1985). 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 27, 443-455.
- Pomarol-Clotet, E., Moro, N., Sarró, S., Goikolea, J.M., Vieta, E., Amann, B.,...Salvador, R. (2012). Failure of de-activation in the medial frontal cortex in mania: evidence for default mode network dysfunction in the disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 13, 616-626.

Referencias bibliográficas

- Pompili, M., Rihmer, Z., Innamorati, M., Lester, D., Girardi, P. y Tatarelli, R. (2009). Assessment and treatment of suicide risk in bipolar disorders. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 9, 109–136.
- Popescu, C., Totoescu, A., Christodorescu, D. y Ionescu, R. (1985). Personality attributes in unipolar affective disorders. *Neurology. Psychiatry and Brain Research*, 23, 231-242.
- Post, R.M., Denicoff, K.D., Leverich, G.S., Altshuler, L.L., Frye, M.A., Suppes, T.M., ...Nolen, W.A. (2003). Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH life chart method. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 680–690.
- Post, R.M. y Weiss, S.R.B. (1997). Kindling and stress sensitization. En L. Young y R.T. Joffe (Eds.), *Bipolar disorder: Biological models and their clinical application* (pp. 93-126). New York: Marcel Dekker.
- Post, R.M., Leverich, G.S., Kupka, R.W., Keck, P.E.Jr., McElroy, S.L., Altshuler, L.L.,...Nolen, W.A. (2010). Early-onset bipolar disorder and treatment delay are risk factors for poor outcome in adulthood. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 864–872.
- Potter, N. N. (2008). *The problem with too much anger: A philosophical approach to understanding anger in borderline personality disordered patients. Fact and Value in emotion*. Amsterdam: John Benjamins Publishing Company.
- Potter, W.Z., Scheinin, M., Golden, R.N., Rudorfer, M.V., Cowdry, R.W., Calil, H.M., Ross, R.J. y Linnoila, M. (1985). Selective antidepressants and cerebrospinal fluid. Lack of specificity on norepinephrine and serotonin metabolites. *Archives of General Psychiatry Journal*, 42, 1171-1177.
- Preissler, S., Dziobek, I., Ritter, K., Heekeren, H. R. y Roepke, S. (2010). Social cognition in borderline personality disorder: Evidence for disturbed recognition of the emotions, thoughts, and intentions of others. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 4, 182.
- Preti, A., Vrublevska, J., Veroniki, A.A., Huedo-Medina, T.B. y Fountoulakis, K.N. (2016). Prevalence, impact and treatment of generalized anxiety disorder in bipolar disorder: a systematic review and meta-analysis. *Evidence-Based Mental Health*, 19, 73-81.
- Putnam, K.M. y Silk, K.R. (2005). Emotion dysregulation and the development of borderline personality disorder. *Development and Psychopathology*, 17, 899-925.

- Quintero, J., Vera, R., Morales, I., Zuluaga, P. y Fernández, A. (2017). Emotional intelligence as an evolutive factor on adult with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1.
- Raine, A., Lencz, T., Bihrlé, S., LaCasse, L. y Colletti, P. (2000). Reduced prefrontal gray matter volumen and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 57, 119-127.
- Rakofsky, J.J. y Dunlop, B.W. (2013). Do alcohol use disorder destabilize the course of bipolar disorder? *Journal of Affective Disorders*, 145, 1-10.
- Ramara, R. y Bebbington, P. (1995). Social influences on bipolar affective disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30, 152-160.
- Ratheesh, A., Davey, C., Hetrick, S., Álvarez-Jiménez, M., Voutier, C., Bechdolf, A.,...Cotton, S.M. (2017). A systematic review and meta-analysis of prospective transition from major depression to bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 18.
- Reeve, J. (1994). *Motivación y emoción*. Madrid: McGrawHill.
- Regier, D.A., Farmer, M.E., Rae, D.S., Locke, B.Z., Keith, S.J., Judd, L.L. y Goodwin, F.K. (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Renaud, S., Corbalán, T. y Beaulieu, S. (2012). Differential diagnosis of bipolar affective disorder type II and borderline personality disorder: analysis of the affective dimension. *Comprehensive Psychiatry*, 53, 952-961.
- Renneberg, B., Heyn, K., Gebhard, R. y Bachmann, S. (2005). Facial expression of emotions in borderline personality disorder and depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 36, 183-196.
- Resurrección, D.M., Salguero, J.M. y Ruiz-Aranda, D. (2014). Emotional intelligence and psychological maladjustment in adolescence: a systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 37, 461-472.
- Ribeiro Rosa, A., Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Godelieve van Riel, W., Del Mar Bonnín Roig, C., Ayuso-Mateos, J., Ferrier, N. y Vieta, E. (2008). *Prueba breve de evaluación del funcionamiento (FAST)*. Barcelona: CIBERSAM.
- Rich, B.A., Fromm, S.J., Berghorst, L.H., Dickstein, D.P., Brotman, M.A., Pine, D.S. y Leibenluft, E. (2008). Neural connectivity in children with bipolar

Referencias bibliográficas

- disorder: impairment in the face emotion processing circuit. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49, 88-96.
- Rihmer, A., Gonda, X., Balazs, J. y Faludi, G. (2008). The importance of depressive mixed states in suicidal behaviour. *Neuropsychopharmacologia Hungarica*, 10, 45-49.
- Ritter, K., Dziobek, I., Preissler, S., Rüter, A., Vater, A., Fydrich, T.,... Roepke, S. (2011). Lack of empathy in patients with narcissistic personality disorder. *Psychiatry Research*, 187, 241-247.
- Robinson, L.J. y Ferrier, I.N. (2006). Evolution of cognitive impairment in bipolar disorder: a systematic review of cross-sectional evidence. *Bipolar Disorders*, 8, 103-116.
- Rocca, C.C., Heuvel, E. Caetano, S.C. y Lafer, B. (2009). Facial emotion recognition in bipolar disorder: a critical review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31, 171-180.
- Rode, J.L. (2016). The role of emotional intelligence in predicting postpartum depression. *Western Journal of Nursing Research*, 38, 427-440.
- Rodrigues, E., Wenzel, A., Ribeiro, M.P., Quarantini, L.C., Miranda-Scippa, A., de Sena, E.P. y de Oliveira, I.R. (2011). Hippocampal volumen in borderline personality disorder with and without comorbid posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *European Psychiatry*, 26, 452-456.
- Rodríguez, C. y Romero, E. (2003). La inteligencia emocional ¿factor de protección antidepresivo? *Encuentros en Psicología Social*, 1, 205-298.
- Rogers, M.L. y Joiner, T.E. (2016). Borderline personality disorder diagnostic criteria as risk factors for suicidal behavior through the lens of the interpersonal theory of suicide. *Archives of Suicide Research*, 8, 1-14.
- Romans, S. E. y McPherson, H. M. (1992). The social networks of bipolar affective disorder patients. *Journal of Affective Disorders*, 25, 221-228.
- Rosa, A., Vilas-Fatjó, M., Gutierrez, B., Arias, B. y Fañanás, L. (2010). *Genética*. En J. Vallejo Ruiloba (Eds). Tratado de Psiquiatria. Volumen I (pp. 183-218). Barcelona: Ars Medica.
- Rosa, A.R., Gonzalez-Ortega, I., Gonzalez-Pinto, A., Echeburúa, E., Comes, M., Martínez-Aran, A.,... Vieta, E. (2012). One-year psychosocial functioning in patients in the early vs. late stage of bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 125, 335-341.
- Rosa, A.R., Sanchez-Moreno, J., Martinez-Aran, A., Salamero, M., Torrent, C., Reinares M, ..., Vieta, E. (2007). Validity and reliability of the

- Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3, 5.
- Roseman, I. J. (1984). Cognitive determinants of emotion: A structural theory. *Review of Personality and Social Psychology*, 5, 11-36.
- Rosenthal, M.Z., Cheavens, J.S., Lejuez, C.W. y Lynch, T.R. (2005). Thought suppression mediates the relationship between negative affect and borderline personality disorder symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 43, 1173-1185.
- Rossi, A., Marinangeli, M.G., Butti, G. y Scinto, A. (2001). Personality disorders in bipolar and depressive disorders. *Journal of Affective Disorders*, 65, 3-8
- Rowland, J.E., Hamilton, M.K., Vella, N., Lino, B.J., Mitchell, P.B. y Green, M.J. (2013). Adaptive associations between social cognition and emotion regulation are absent in schizophrenia and bipolar disorder. *Frontiers in Psychology*, 3, 607.
- Rude, S.S. y McCarthy, C. T. (2003). Emotional functioning in depressed and depresión- vulnerable collage students. *Cognition and Emotion*, 17, 799-806.
- Ruggero, C.J., Chelminski, I., Young, D. y Zimmerman, M. (2007). Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 104, 53-60.
- Ruiz, M. y Vairo, M.C. (2008). Trastorno Límite de la Personalidad. Reino de mujeres, tierra de hombres. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 81, 303-308.
- Ruocco, A.C. (2005). The neuropsychology of borderline personality disorder: a meta-analysis and review. *Psychiatry Research*, 137, 191-202.
- Russo, M., Mahon, K., Shanahan, M., Solon, C., Ramjas, E., Turpin, J. y Burdick, K. (2015). The association between childhood trauma and facial emotion recognition in adults with bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 229, 771-776.
- Ryan, K.A., Vederman, A.C., Kamali, M., Marshall, D., Weldon, A.L., McInnis, M.G. y Langenecker, S.A. (2013). Emotion perception and executive functioning predict work status in euthymic bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 210, 472-478.

Referencias bibliográficas

- Rybakowski, J.K. y Twardowska, K. (1999). The dexamethasone/corticotropin-releasing hormone test in depression in bipolar and unipolar affective illness. *Journal of Psychiatry Research*, 33, 363-370.
- Sachs, G.S., Baldassano, C.F., Truman, C.J. y Guille, C. (2000). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with early- and late-onset bipolar disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157, 466-468.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A. y Ruiz, P. (2015). *Sinopsis de Psiquiatría. Ciencias del comportamiento/Psiquiatría clínica*. Décimoprimer edición. Barcelona: Wolters Kluwer.
- Saklofske, D.H., Austin, E.J., Galloway, J. y Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: Preliminary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and individual differences*, 42, 491-502.
- Salloum, I.M. y Thase, M.E. (2000). Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder. *Journal of Bipolar Disorders*, 2, 269-280.
- Salmerón, P. (2002). Evolución de los conceptos sobre inteligencia. Planteamientos actuales de la inteligencia emocional para la orientación educativa. *Educación XXI: Revista de la Facultad de Educación*, 25, 97-122.
- Salovey, P. y Mayer, J.D. (1990). Emotional Intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9, 185-211.
- Salovey, P., Mayer, J.D. y Caruso, D.R. (2002). The positive psychology of emotional intelligence. En: C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp.159-171). New York: Oxford University Press.
- Salovey, P., Mayer, J.D., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. En J.W. Pennebaker (Eds.), *Emotion, disclosure, and health* (pp. 125-154). Ashington, D.C.: American Psychological Association.
- Samamé, C., Martino, D.J. y Strejilevich, S.A. (2015). An individual task meta-analysis of social cognition in euthymic bipolar disorders. *Journal of Affective Disorder*, 173, 146-153.
- Sánchez-García, M., Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2016). The factor structure and psychometric properties of the spanish versión of the

- Mayer-Salovey-Caruso emotional intelligence test. *Psychological Assessment*, 28, 1404-1415.
- Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Tabares-Seisdedos, R., Torrent, C., Vieta, E. y Ayuso-Mateos, J.L. (2009). Functioning and disability in bipolar disorder: an extensive review. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 285-297.
- Sánchez-Moreno, J., Martínez-Arán, A., Colom, F., Scott, J., Tabares-Seisdedos, R., Sugranyes, G.,...Vieta, E. (2009). Neurocognitive dysfunctions in euthymic bipolar patients with and without prior history of alcohol use. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1120-1127.
- Sansone, R.A. y Sansone, L.A. (2015). Borderline Personality in the Medical Setting. *Primary Care Companion CNS Disorder*, 28, 17-23.
- Saper, J.R. y Lake, A.E. (2002). Borderline personality disorder and the chronic headache patient: review and management recommendations. *Headache*, 42, 663-674.
- Schaffer, A., McIntosh, D., Goldstein, B.I., Rector, N.A., McIntyre, R.S., Beaulieu, S., ... Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) Task Force (2012). The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Annals of Clinical Psychiatry*, 24, 6-22.
- Schenkel, L.S., Pavuluri, M.N., Herbener, E.S., Harral, E.M. y Sweeney, J.A. (2007). Facial emotion processing in acutely ill and euthymic patients with pediatric bipolar disorder. *Journal of the American Academy Child and Adolescent Psychiatry*, 46, 1070-1079.
- Scherer, K.R. (2001). Appraisal considered as a process of multi-level sequential checking. En K.R. Scherer, A. Schorr y T. Johnstone (Eds.). *Appraisal process in emotion: Theory, Methods, Research* (pp. 92-120). New York and Oxford: Oxford University Press.
- Scherer, K.R. (1996). Emotion. En M. Hewstone, W. Stroebe y G.M. Stephenson (Eds.), *Introduction to Social Psychology* (pp. 279-315). Oxford: Blackwell.
- Scherpiet, S., Brühl, A.B., Opialla, S., Roth, L., Jäncke, L. y Herwig, U. (2014). Altered emotion processing circuits during the anticipation of emotional stimuli in women with borderline personality disorder. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264, 45-60.

Referencias bibliográficas

- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. En S. Arieti (Ed.), *American handbook of psychiatry*, (pp.398-416). Nueva York: Basic Books.
- Schmahl, C. y Bremner, J.D. (2006). Neuroimaging in borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 40, 419-427.
- Schmahl, C., Herpertz, S.C., Bertsch, K., Ende, G., Flor, H., Kirsch, P., ... Bohus, M. (2014). Mechanisms of disturbed emotion processing and social interaction in borderline personality disorder. State of knowledge and research agenda of the German Clinical Research Unit. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 1, 1-17.
- Schmahmann, J. (2004). Disorders of the cerebellum: ataxia, dysmetria of thought, and the cerebellar cognitive affective syndrome. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical neuroscience*, 16, 367-378.
- Schmideberg, M. (1947). The treatment of psychopaths and borderline patients. *American Journal of Psychotherapy*, 1, 45-55.
- Schoenleber, M., Berghoff, C.R., Tull, M.T., DiLillo, D., Messman-Moore, T. y Gratz, K.L. (2016). Emotional lability and affective synchrony in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorder*, 7 (3), 211-220.
- Schroeder, K., Fisher, H.L. y Schäfer, I. (2013). Psychotic symptoms in patients with borderline personality disorder: prevalence and clinical management. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 113-119.
- Schulze, L., Schmahl, C. y Niedtfeld, I. (2015). Neural Correlates of Disturbed Emotion Processing in Borderline Personality Disorder: A Multimodal Meta-Analysis. *Biological Psychiatry*, 8, 1-10.
- Schürhoff, F., Bellivier, F., Jouvent, R., Mouren-Siméoni, M.C., Bouvard, M., Allilaire, J.F. y Leboyer, M. (2000). Early and late onset bipolar disorders: two different forms of manic-depressive illness? *Journal of Affective Disorders*, 58, 215-221.
- Schutte, N.S., Malouff, J.M., Hall, J.E., Haggerty, D.J., Cooper, J.T., Golden, C.J. y Dornheim, L. (1998). Development and validation of a measure of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 25, 167-177.
- Schwarz, N. y Clore, G. L. (1983). Mood, misattribution, and judgments of well-being: Informative and directive functions of affective states. *Journal of personality and social psychology*, 45, 513.
- Schwarz, N. y Clore, G. L. (1996). Feelings and phenomenal experiences. En E.

- T. Higgins y A. Kruglanski (Eds.), *Social psychology: Handbook of basic principles* (pp. 433–465). New York: Guilford.
- Scott, L.N. y Pilkonis, P.A. (2015). Next steps in research on aggression in borderline Personality disorder. Commentary on “Aggression in borderline personality disorder –A multidimensional model”. *Personality Disorders; Theory, Research and Treatment*, 6, 296-297.
- Scott, L.N., Stepp, S.D. y Pilkonis, P.A. (2014). Prospective associations between features of borderline personality disorder, emotion dysregulation, and aggression. *Personality Disorders*, 5, 278-288.
- Sebastian, A., Jung, P., Krause-Utz, A., Lieb, K., Schmahl, C. y Tüscher, O. (2014). Frontal dysfunctions of impulse control-systematic review in borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder. *Frontal Human Neuroscience*, 8, 698.
- Selby, E.A. y Joiner, T.E. (2009). Cascades of Emotion: The Emergence of Borderline Personality Disorder from Emotional and Behavioral Dysregulation. *Review of General Psychology*, 13, 219.
- Sepede, G., De Berardis, D., Campanella, D., Perrucci, M.G., Ferretti, A., Salerno, R.M., Di Giannantonio M. y Romani, G.L. (2015). Neural correlates of negative emotion processing in bipolar disorder. *Progress in Neuropsychopharmacology and Biological Psychiatry*, 60, 1-10.
- Serretti, A. y Drago, A. (2010). Pharmacogenetics of lithium long-term treatment: focus on initiation and adaptation mechanisms. *Neuropsychobiology*, 62, 61-71.
- Serretti, A., Drago, A. y De Ronchi, D. (2009). Lithium pharmacodynamics and pharmacogenetics: focus on inositol mono phosphatase (IMPase), inositol poliphosphatase (IPPase) and glycogen synthase kinase 3 beta (GSK-3 beta). *Current Medicinal Chemistry*, 16, 1917-1948.
- Sevinc, L. (2001). The effect of emotional intelligence on career success: Research on the 1990 graduates of Business Administration Faculty of Istanbul University. Unpublished Master's Thesis. Istanbul: Istanbul University.
- Shankman, S.A., Katz, A.C., Passarotti, A.M. y Pavuluri, M.N. (2013). Deficits in emotion recognition in pediatric bipolar disorder: the mediating effects of irritability. *Journal of Affective Disorder*, 144, 134-140.
- Sharma, A.N., Barron, E., Le Couteur, J., Close, A., Rushton, S., Grunze, H., Kelly, T., Nicol Ferrier, I. y Le Couteur, A.S. (2017). Facial emotion

Referencias bibliográficas

- labeling in unaffected offspring of adults with bipolar I disorder. *Journal of Affective Disorder*, 15, 198-204.
- Sharp, C. y Fonagy, P. (2015). Practitioner Review: Borderline personality disorder in adolescence-recent conceptualization, intervention, and implications for clinical practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56, 1266-1288.
- Shorter, E (1999). *A History of Psychiatry*. New York: John Wiley Sons Inc.
- Siegling, A.B., Vesely, A.K., Petrides, K.V. y Saklofske, D.H. (2015). Incremental validity of the Trait emotional intelligence questionnaire-short form (TEIQue-SF). *Journal of Personality Assessment*, 97, 525-535.
- Siever, L.J. y Davis, K.L. (1991). A psychobiological perspective on the personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 179, 317-328.
- Silbersweig, D., Clarkin, J.F., Goldstein, M., Kernberg, O.F., Tuescher, O., Levy, K.N., ... Stern, E. (2007). Failure of frontolimbic inhibitory function in the context of negative emotion in borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 1832-1841.
- Silvers, J.A., Hubbard, A.D., Biggs, E., Shu, J., Fertuck, E., Chaudhury, S.,...Stanley, B. (2016). Affective lability and difficulties with regulation are differentially associated with amygdale and prefrontal response in women with borderline personality disorder. *Journal of Psychiatry Research*, 254, 74-82.
- Simon, N.M., Otto, M.W., Wisniewski, S.R., Fossey, M., Sagduyu, K., Frank, E.,...Pollack, M.H. (2004). Anxiety disorder comorbidity in bipolar disorder patients: data from the first 500 participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *American Journal of Psychiatry*, 161, 2222-2229.
- Simor, P. y Horváth, K. (2013). Altered sleep in Borderline Personality Disorder in relation to the core dimensions of psychopathology. *Scandinavian Journal of Psychology*, 54, 300-312.
- Simpson, S.G., al-Mufti, R., Andersen, A.E. y DePaulo, J.R. (1992). Bipolar II affective disorder in eating disorder inpatients. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 180, 719-772.
- Sinclair, H. y Feigenbaum, J. (2012). Trait Emotional Intelligence and Borderline Personality Disorder. *Personality and Individual Differences*, 52, 674-679.

- Skjelstad, D.V., Malt, U.F. y Holte, A. (2010). Symptoms and signs of the initial prodrome of bipolar disorder: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 126, 1-13.
- Skodol, A.E., Gunderson, J.G., Pfohl, B., Widiger, T.A., Livesley, W.J. y Siever, L.J. (2002). The borderline diagnosis I: psychopathology, comorbidity, and personality structure. *Biological Psychiatry*, 51, 936-50.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2002). Health performance and emotional intelligence: An exploratory study of retail managers. *Stress and Health*, 18, 63-68.
- Slaski, M. y Cartwright, S. (2003). Emotional intelligence training and its implications for stress, health and performance. *Stress and Health*, 19, 233-239.
- Slotema, C.W., Niemantsverdriet, M.B., Blom, J.D., van der Gaag, M., Hoek, H.W. y Sommer, I.E. (2016). Suicidality and hospitalisation in patients with borderline personality disorder who experience auditory verbal hallucinations. *European Psychiatry*, 41, 47-52.
- Soloff, P.H., Abraham, K., Ramaseshan, K., Burgess, A. y Diwadkar, V.A. (2016). Hyper-modulation of brain networks by the amygdale among women with borderline personality disorder: network signatures of affective interference during cognitive processing. *Journal of Psychiatry Research*, 88, 56-63.
- Somma, A., Sharp, C., Borroni, S. y Fossati, A. (2016). Borderline personality disorder features, emotion, dysregulation and non-suicidal self-injury: Preliminary findings in a sample of community-dwelling Italian adolescents. *Personality and Mental Health*, 2.
- Souery, D., Serretti, A., Calati, R., Oswald, P., Massat, I., Konstantinidis, A.,...Mendlewicz, J. (2011). Switching antidepressant class does not improve response or remission in treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 31, 512-516.
- Spearman, C. (1929). The uniqueness of "g". *Journal of Educational Psychology*, 20, 212-216.
- Spitzer, R.L., Endicott, J. y Robins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 35, 773-782.
- Stein, K.F. (1996). Affect instability in adults with a borderline personality disorder. *Archives of Psychiatric Nursing*, 10, 32-40.

Referencias bibliográficas

- Stepp, S.D., Whalen, D.J., Pilkonis, P.A., Hipwell, A.E. y Levine, M.D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Journal of Personality Disorder*, 3, 76-91.
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467-489.
- Sternberg, R. J. y Kauffman, J. C. (1998). Human Abilities. *Annual Review of Psychology*, 49, 479-502.
- Stone, M.H. (1980). *The borderline syndromes. Constitution, personality and adaptation*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Stone, M.H. (1986). *Essential papers on borderline disorders*. Nueva York: New York University Press.
- Storebø, O.J. y Simonsen, E. (2014). Is ADHD an early stage in the development of borderline personality disorder? *Nordic Journal of Psychiatry*, 68, 289-295.
- Strakowski, S.M., Tohen, M., Stoll, A.L., Faedda, G.L. y Goodwin, D.C. (1992). Comorbidity in mania at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 149, 554-556.
- Strakowski, S.M., Tohen, M., Stoll, A.L., Faedda, G.L., Mayer, P.V., Kolbrener, M.L. y Goodwin, D.C. (1993). Comorbidity in psychosis at first hospitalization. *American Journal of Psychiatry*, 150, 752-757.
- Stubbs, C. E. (2005). *Emotional intelligence competencies in the team and team leader: A multi-level examination of the impact of emotional intelligence on group performance*. Unpublished Dissertation. Cleveland: Case Western Reserve University, Organizational Behavior.
- Summerfeldt, L. J., Kloosterman, P. H., Antony, M. M. y Parker, J. D. A. (2006). Social anxiety, emotional intelligence, and interpersonal adjustment. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28, 57-68.
- Suominen, K., Salminen, E., Läteenmäki, S., Tupala, T. e Isometsä. E. (2015). Validity and reliability of the Finnish versión of the Functioning Assessment Short Test (FAST) in bipolar disorder. *International Journal of Bipolar Disorders*, 3, 10.
- Swann, A.C., Secunda, S.K., Koslow, S.H., Katz, M.M., Bowden, C.L., Maas, J.W., Dabis, J.M. y Robins, E. (1991). Mania: sympathoadrenal function and clinical state. *Psychiatry Research*, 37, 195-205.

- Swartz, M, Blazer, D., George, L. y Winfield, I. (1990). Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. *Journal of Personality Disorder*, 4, 257-272.
- Tabak, N.T., Green, M.F., Wynn, J.K., Proudfit, G.H., Altshuler, L. y Horan, W.P. (2015). Perceived emotional intelligence is impaired and associated with poor community functioning in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophrenia Research*, 162, 189-195.
- Tabares-Seisdedos, R., Escamez, T., Martínez-Giménez, J.A., Balanzá, V., Salazar, J., Selva, G.,...Martínez, S. (2006). Variations in genes regulating neuronal migration predict reduced prefrontal cognition in schizophrenia and bipolar subjects from mediterranean Spain: a preliminary study. *Neuroscience*, 139, 1289-1300.
- Tamam, L., Tuglu, C., Karatas, G. y Ozcan, S. (2006). Adult attention-deficit hyperactivity disorder in patients with bipolar I disorder in remission: preliminary study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 480-485.
- Targum, S. D., Dibble, E. D., Davenport, Y. B. y Gershon, E. S. (1981). The family Attitudes Questionnaire: Patients' and spouses' views of bipolar illness. *Archives of General Psychiatry Journal*, 38, 562- 568.
- Taub, J.M. (1996). Sociodemography of borderline personality disorder (PD): a comparison with Axis II PDs and psychiatric symptom disorders convergent validation. *International Journal of Neuroscience*, 88, 27-52.
- Thaler, N.S., Strauss, G.P., Sutton, G.P., Vertinski, M., Ringdahl, E.N., Snyder, J.S. y Allen, D.N. (2013). Emotion perception abnormalities across sensory modalities in bipolar disorder with psychotic features and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 147, 287-292.
- Thayer, J.F., Rossy, L. A., Ruiz-Padial, E. y Johnsen, B.H. (2003). Gender Differences in the Relationship between Emotional Regulation and Depressive Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 349-364.
- Thorndike, L. (1920). The conference at Cleveland on the history of science. *Science*, 51, 193-194.
- Thurstone, L. L. (1938). *Primary mental abilities*. Chicago: University of Chicago Press.
- Tomko, R.L., Brown, W.C., Tragesser, S.L., Wood, P.K., Mehl, M.R. y Trull, T.J. (2014). Social context of anger in borderline personality disorder and depressive disorders: findings from a naturalistic observation study. *Journal of Personality Disorders*, 28, 434-448.

Referencias bibliográficas

- Tondo, L., Isacson, G. y Baldessarini, R. (2003) Suicidal behaviour in bipolar disorder: risk and prevention. *CNS Drugs*, 17, 491–511.
- Tondo, L., Lepri, B., Cruz, N. y Baldessarini, R.J. (2010). Age at onset in 3014 Sardinian bipolar and major depressive disorder patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 446–452.
- Tondo, L., Vazquez, G. y Baldessarini, R.J. (2010). Mania associated with antidepressant treatment: comprehensive meta-analytic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 121, 404-414.
- Torgersen, S., Lygren, S., Oien, P.A., Skre, I., Onstad, S., Edvardsen, J.,..., Kringlen, E. (2000). A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 416–425.
- Torrent, C., Vieta, E., Crespo, J.A., González-Pinto, A., del Valle, J., Olivares, J.M.,...Colom, F. (2004). Barcelona Bipolar Eating Disorder Scale (BEDS): a self-administered scale for eating disturbances in bipolar patients. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32, 127-131.
- Torres, I.J., Boudreau, V.G. y Yatham, L.N. (2007). Neuropsychological functioning in euthymic bipolar disorder: a meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 434, 17-26.
- Torres, I.J., DeFreitas, V.G., DeFreitas, C.M., Kauer-Sant'Anna, M., Bond, D.J., Honer, W.G., Lam, R.W. y Yatham, L.N. (2010). Neurocognitive functioning in patients with bipolar I disorder recently recovered from a first manic episode. *Journal of Clinical Psychiatry*, 71, 1234- 1242.
- Trinidad, D. R. y Johnson, C. A. (2002). The association between emotional intelligence and early adolescent tobacco and alcohol use. *Personality and Individual Differences*, 32, 95–105.
- Trull, T. J. (2001). Structural relations between borderline personality disorder features and putative etiological correlates. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 471–481.
- Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J. y Burr, R. (2000). Borderline personality disorder and substance use disorders: a review and integration. *Clinical Psychology Review*, 20, 235-253.
- Tsaousis, I. y Nikolaou, I. (2005). Exploring the relationship of emotional intelligence with physical and psychological health functioning. *Stress and Health*, 21, 77-86.
- Tschan, T., Peter-Ruf, C., Schmid, M. e In-Albon, T. (2017). Temperament and character traits in female adolescents with nonsuicidal self-injury

- disorder with and without comorbid borderline personality disorder. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 13, 11-14.
- Tseng, W.L., Guyer, A.E., Briggs-Gowan, M.J., Axelson, D., Birmaher, B., Egger, H.L., Helm, J., Stowe, Z. y Towbin, K.A. (2015). Behavior and emotion modulation deficits in preschoolers at risk for bipolar disorder. *Depression and Anxiety*, 32, 325-334.
- Tseng, W.L., Thomas, L.A., Harkins, E., Stoddard, J., Zarate, C.A., Pine, D.S., Leibenluft, E. y Brotman, M.A. (2016). Functional connectivity during masked and unmasked face emotion processing in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 30, 1-9.
- Turing, A.M. (1950). Computing Machinery and Intelligence. *Mind, New Series*, 236, 433-460.
- Undurraga, J. y Vieta, E. (2013). *Valoración del trastorno bipolar de inicio precoz*. Barcelona: Panamericana.
- Undurraga, J., Baldessarini, R.J., Valenti, M., Pacchiarotti, I. y Vieta, E. (2012). Suicidal risk factors in bipolar I and II disorder patients. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 778-782.
- Unoka, Z. y Richman, M.J. (2016). Neuropsychological deficits in BPD patients and the moderator effects of co-occurring mental disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 1-12.
- Valenti, M., Pacchiarotti, I., Bonnin, C.M., Rosa, A.R., Popovic, D., Nivoli, A.M., ... Vieta, E. (2012). Risk factors for antidepressant-related switch to mania. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73, 271-276.
- Vallejo, J. (2011). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. 7 ed. Barcelona: Elsevier Masson.
- Vallés, A. (2005). *El desarrollo de la inteligencia emocional para la convivencia escolar*. Madrid: Benacantil.
- Van Asselt, A.D., Dirksen, C.D., Arntz, A. y Severens, J.L. (2007). The cost of borderline personality disorder: societal cost illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 22, 354-361.
- Van der Linden, D., Pekaar, K.A., Bakker, A.B., Schermer, J.A., Vernon, P.A., Dunkel, C.S. y Petrides, K.V. (2017). Overlap between the general factor of personality and emotional intelligence: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 143, 36-52.
- Van Gorp, W.G., Altshuler, L., Theberge, D.C., Wilkins, J. y Dixon, W. (1998). Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior

Referencias bibliográficas

- alcohol dependence. A preliminary study. *Archives of General Psychiatry*, 55, 41-46.
- Van Praag, H.M. (1991). Serotonergic dysfunction and aggression control. *Psychological Medicine*, 21, 15-19.
- Van Rheenen, T.E. y Rossell, S.L. (2013). Auditory-prosodic processing in bipolar disorder; from sensory perception to emotion. *Journal of Affective Disorder*, 151, 1102-1107.
- Van Rheenen, T.E. y Rossell, S.L. (2013). Genetic and neurocognitive foundations of emotion abnormalities in bipolar disorder. *Cognitive Neuropsychiatry*, 18, 168-207.
- Van Rheenen, T.E. y Rossell, S.L. (2014). Let's face it: facial emotion processing is impaired in bipolar disorder. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 20, 200-208.
- Van Rheenen, T.E. y Rossell, S.L. (2014). Phenomenological predictors of psychosocial function in bipolar disorder: is there evidence that social cognitive and emotion regulation abnormalities contribute? *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 48, 26-35.
- Van Rheenen, T.E., Murray, G. y Rossell, S.L. (2015). Emotion regulation in bipolar disorder: profile and utility in predicting trait mania and depression propensity. *Psychiatry Research*, 225, 425-432.
- Vaskinn, A., Sundet, K., Friis, S., Simonsen, C., Birkenaes, A.B., Engh, J.A.,...Andreassen, O.A. (2007). The effect of gender on emotion perception in schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116, 263-270.
- Vawter, M.P., Freed, W.J. y Kleinman, J.E. (2000). Neuropathology of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48, 486-504.
- Vázquez, G.H. (2014). Los trastornos bipolares hoy: más allá del DSM-5. *Psicodebate*, 2, 9-24.
- Venn, H.R., Gray, J.M., Montagne, B., Murray, L.K., Michael Burt, D., Frigerio, E., Perrett, D.I. y Young, A.H. (2004). Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 6, 286-293.
- Vermetten, E. y Spiegel, D. (2014). Trauma and dissociation: implications for borderline personality disorder. *Current Psychiatry Report*, 16, 434.
- Vierck, E., Porter, R.J. y Joyce, P.R. (2015). Facial recognition deficits as a potential endophenotype in bipolar disorder. *Psychiatry Research*, 230, 102-107.

- Vieta, E. (1999). *Abordaje actual de los trastornos bipolares*. Masson, Barcelona.
- Vieta, E. (2011). *Trastornos bipolares y esquizoafectivos*. Barcelona: Elsevier España.
- Vieta, E. y Barcia, D. (2000). *El Trastorno Bipolar en el siglo XVIII*. Madrid: MRA.
- Vieta, E. y Bernardo M. (1992). Antidepressant-induced mania in obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 149, 1282-1283.
- Vieta, E. y Suppes, T. (2008). Bipolar II disorder: arguments for and against a distinct diagnostic entity. *Bipolar Disorders*, 10, 163-178.
- Vieta, E., Colom, F., Martínez-Aran, A., Benabarre, A., Reinares, M. y Gastó, C. (2000). Bipolar II disorder and comorbidity. *Comprehensive Psychiatry*, 41, 339-343.
- Vieta, E., Gasto, C., Martínez de Osaba, M.J., Nieto, E., Canto, T.J., Otero, A. y Vallejo, J. (1997). Prediction of depressive relapse in remitted bipolar patients using corticotrophin-releasing hormone challenge test. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 205-211.
- Vieta, E., Gastó, C., Otero, A., Nieto, E. y Vallejo, J. (1997). Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 38, 98-101.
- Vieta, E., Reinares, M. y Colom, F. (2010). *Clínica de los trastornos bipolares*. Barcelona: Ars Medica.
- Vieta, E., Reinares, M. y Franco, C. (2010). *Etiopatogenia de los trastornos bipolares*. En J. Vallejo Ruiloba y C. Leal-Cercos (Eds.), *Tratado de Psiquiatría. Volumen II* (pp. 1358-1369). Barcelona: Ars Médica.
- Vriend-Bosma, S.A. y van Megen, H.J. (2011). The course of borderline personality disorder within adults. A literature review. *Tijdschrift voor Psychiatrie*, 53, 27-36.
- Wagner, A.W. y Linehan, M.M. (1999). Facial expression recognition ability among women with borderline personality disorder: implications for emotion regulation? *Journal of Personality Disorders*, 13, 329-344.
- Walters, J. y Gardner, H. (1986). The theory of multiple intelligences: Some issues and answers. En R. Sternberg y R. Wagner (Eds.), *Practical intelligence: Origins of competence in the everyday world* (pp. 163-182). New York: Cambridge University Press.

Referencias bibliográficas

- Wan-Sulaiman, W.S. y Mohd-Noor, M.Z. (2015). Examining the psychometric properties of the wong and law emotional intelligences scales (WLEIS). *Journal of Social Sciences and Humanities*, 2, 81-90.
- Watson, S., Gallagher, P., Ritchie, J.C., Ferrier, I.N. y Young, A.H. (2004). Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in patients with bipolar disorder. *British Journal of Psychiatry*, 184, 496-502.
- Watson, S., Thompson, J.M., Malik, N., Ferrier, I.N. y Young, A.H. (2005). Temporal stability of the dex/CRH test in patients with rapid-cycling bipolar I disorder: a pilot study. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 39, 244-248.
- Weaving, J., Orgeta, V., Orrell, M. y Petrides, K.V. (2014). Predicting anxiety in carers of people with dementia: the role of trait emotional intelligence. *International Psychogeriatrics*, 26, 1201-1209.
- Webb, A.R., Young, R.A. y Baumer, J.G. (2010). Emotional intelligence and the ACGME competencies. *Journal of Graduate Medical Education*, 2, 508-512.
- Wei, S., Geng, H., Jiang, X., Zhou, Q., Chang, M., Zhou, Y.,...Wang, F. (2017). Amygdala-prefrontal cortex resting state functional connectivity varies with first depressive or manic episode in bipolar disorder. *Neuroscience Letters*, 24.
- Weissman, M. M., Leaf, P. J., Tischler, G. L., Blazer, D.G., Karno, M., Bruce, M.L. y Florio, L.P. (1988). Affective disorders in five United States communities. *Psychological Medicine*, 8, 141-153.
- Welpe, I., Tumasjan, A., Stich, J., Spörrle, M. y Försterling, F. (2005). *Emotional Intelligence and its consequences for occupational and life satisfaction – Emotional Intelligence in the context of irrational beliefs*. 47th conference of experimentally working psychologists, Lengerich, Pabst Science Publishers.
- Wender, P.H. (1977). The contribution of the adoption studies to an understanding of the phenomenology and etiology of borderline schizophrenia. En P. Hartocollis (Eds.), *Borderline personality disorders: The concept, the syndrome, the patient* (pp. 255-269). Nueva York: International Universities Press.
- Wessa, M., Kanske, P. y Linke, J. (2014). Bipolar disorder: a neural network perspective on a disorder of emotion and motivation. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32, 51-62.

- Whalley, H.C., Nickson, T., Pope, M., Nicol, K., Romaniuk, L., Bastin, M.E., ... Hall, J. (2015). White matter integrity and its association with affective and interpersonal symptoms in borderline personality disorder. *NeuroImage: Clinical*, 7, 476-481.
- White, C.N., Gunderson, J.G., Zanarini, M.C. y Hudson, J.I. (2003). Family studies of borderline personality disorder: a review. *Harvard Review of Psychiatry*, 11, 8-19.
- Widiger, T.A. y Frances, A. (1989). Epidemiology, diagnosis and comorbidity of borderline personality disorder. En A. Tasman, R.E. Hales y A.J. Frances (Ed.) *American Psychiatric Press review of psychiatry*, (pp. 8-24). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Widiger, T.A. y Weisman, M.M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *General Hospital Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Williams, S., Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., Ramos, N. y Joiner, T.E. (2004). Mood regulation Skill and the symptoms of endogenous and hopelessness depression in Spanish high school students. *Journal of psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 233-240.
- Willis, F., Kuniss, S., Kleindienst, N., Naoum, J., Reitz, S., Boll, S.,...Schmahl, C. (2016). The role of nociceptive input and tissue injury on stress regulation in borderline personality disorder. *Pain*, 7.
- Winokur, G., Turvey, C., Akiskal, H., Coryell, W., Solomon, D., Leon, A.,...Keller, M. (1998). Alcoholism and drug abuse in three groups--bipolar I, unipolars and their acquaintances. *Journal of Affective Disorders*, 50, 81-89.
- Winsper, C., Lereya, S.T., Marwaha, S., Thompson, A., Eyden, J. y Singh, S.P. (2016). The etiological and psychopathological validity of borderline personality disorder in youth: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 44, 13-24.
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S.T., Thompson, A., Eyden, J. y Singh, S.P. (2015). Clinical and psychosocial outcomes of borderline personality disorder in childhood and adolescence: a systematic review. *Psychological Medicine*, 45, 2237-2251.
- Winsper, C., Marwaha, S., Lereya, S.T., Thompson, A., Eyden, J. y Singh, S.P. (2016). A systematic review of the neurobiological underpinnings of borderline personality disorder (BPD) in childhood and adolescence. *Reviews in the Neurosciences*, 12.

Referencias bibliográficas

- Winsper, C., Tang, N.K., Marwaha, S., Lereya, S.T., Gibbs, M., Thompson, A. y Singh, S.P. (2017). The sleep phenotype of borderline personality disorder: a systematic review and meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 73, 48-67.
- Wolff, S., Stiglmayr, C., Bretz, H.J., Lammers, C.H. y Auckenthaler, A. (2007). Emotion identification and tensión in female patients with borderline personality disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 46, 347-360.
- Wolkenstein, L., Zwick, J.C., Hautzinger, M. y Joormann, J. (2014). Cognitive emotion regulation in euthymic bipolar disorder. *Journal of Affective Disorder*, 160, 92-97.
- Wong, C.S., Wong, P.M. y Law, K.S. (2007). Evidence on the practical utility of Wong's emotional intelligence scale in Hong Kong and Mainland China. *Asia Pacific Journal of Management*, 24, 43-60.
- Workman, E.A., Hubbard, J.R. y Felker, B.L. (2002). Comorbid psychiatric disorders and predictors of pain management program success in patients with chronic pain. *Primary Care Companion and The Journal of Clinical Psychiatry*, 4, 137-140.
- Yen, S., Shea, M.T., Battle, C.L., Johnson, D.M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., ... McGlashan, T.H. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 190, 510-518.
- Young, L.T., Warsh, J.J., Kish, S.J., Shannak, K. y Hornykeiwicz, O. (1994). Reduced brain 5-HT and elevated NE turnover and metabolites in bipolar affective disorder. *Biological Psychiatry*, 35, 121-127.
- Zadel, A. (2004). *Impact of personality and emotional intelligence on successful training in competences*. Unpublished Paper.
- Zajonc, R.B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35, 151-175.
- Zaki, L.F., Coifman, K.G., Rafaeli, E., Berenson, K.R. y Downey, G. (2013). Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 44, 529-540.
- Zanarini, M.C. (1993). Borderline personality as an impulse spectrum disorder. En J. Paris (Eds.), *Borderline personality disorder: Etiology and treatment* (pp. 67-86). Washington, DC: American Psychiatric Press.

- Zanarini, M.C. y Frankenburg, F.R. (1997). Pathways to the Development of Borderline Personality Disorder. *Journal of Personality Disorders*, 1, 93-104.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Dubo, E.D, Sickel, A.E., Trikha, A., Levin, A. y Reynolds, V. (1998). Axis I Comorbidity for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1733-1739.
- Zanarini, M.C., Frankenburg, F.R., Hennen, J., Reich, B.D. y Silk, K.R. (2006). Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 163, 827-832.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Silk, K. R., Hudson, J. I. y McSweeney, L. B. (2007). The subsyndromal phenomenology of borderline personality disorder: A 10-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, 164, 929-993.
- Zanarini, M.C., Williams, A.A., Lewis, R.E., Reich, R.B., Vera, S.C., Marino, M.F.,...Frankenburg, F.R. (1997). Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 154, 1101-1106.
- Zarate, C.A., Jr., Payne, J.L., Singh, J., Quiroz, J.A., Luckenbaugh, D.A., Denicoff, K.D., Charney, D.S. y Manji, H.K. (2004). Pramipexole for bipolar II depression: a placebo-controlled proof of concept study. *Biological Psychiatry*, 56, 54-60.
- Zarate, C.A., Quiroz, J., Payne, J. y Manji, H.K. (2002). Modulators of the glutamatergic system: implications for the development of improved therapeutics in mood disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 36, 35-83.
- Zeidner, M., Roberts, R.D. y Matthews, G. (2002). Can emotional intelligence be schooled? A critical review. *Educational Psychologist*, 37, 215-231.
- Zimmerman, M. y Coryell, W.H. (1990). Diagnosing personality disorders in the community. *Archives of General Psychiatry*, 47, 527-531.

Anexo 1
Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

D.....con D.N.I.....

libre y voluntariamente:

DECLARO:

Que he leído la información contenida en el documento que sobre los objetivos, metodología, pruebas e intervenciones a realizar en el estudio de investigación, que se adjunta.

Que se me ha informado que todas las pruebas a realizar son sencillas y que no tienen efectos perjudiciales, y que se realizaran en las instalaciones apropiadas (Centro sanitario) para el mismo y por el personal debidamente cualificado y especializado.

Por tanto, presto mi conformidad e informadamente consiento y autorizo al equipo investigador, para que realicen el estudio detallado en este documento.

En Murcia a

Firmado:

Anexo 2
Hoja de datos básicos

Anexo 2

Nivel de estudios alcanzado	Primaria o EGB (1) Secundaria (2) Módulo grado medio (3) Bachiller o Módulo de grado superior (4) Universitario (5)	Estado Civil	Soltero (1) Casado/viviendo en pareja (2) Divorciado (3) Viudo (4)	Situación laboral	Trabajando (1) Ama de casa (2) Paro (3) Minusvalía/pensionista por EM (4) Jubilado (5) Estudiante (6)
Nº de hijos <input type="checkbox"/>	¿Acude a algún recurso? (Ej: AFESMO, AFEMCE, Unidad de RHB) SI (1) NO (2) Especificar cual:	Nacionalidad	Española (1) Resto de Europa (2) Sudamericana (3) África (4) Asia (5) Otras (6)		Si es extranjero, tiempo que lleva en España: - Menos de 3 meses (1) - 3 meses-1 año (2) - 1 año-2 años (3) - Más de 2 años
Enfermedades médicas relevantes		Ant. familiares psiquiátricos		Tiempo de evolución del trastorno (en años) <input type="checkbox"/>	
Nº de atenciones en PU en el último año	Nº de ingresos totales	Nº de ingresos en el último año	Nº de días ingresado en el último año	Ha tenido ingresos involuntarios SI (1) NO (2)	
Tto psiquiátrico	Si (1) No (2) No especifica (3)	Nº de años en tto psiquiátrico <input type="checkbox"/>	SMS (1) Privado(2) Ambos (3)	Adherencia tto: Si (1) No (2)	Seguimiento regular: Si (1) No (2)
¿Ha estado o está en tto psicológico? Si (1) No (2) No especifica (3)	Seguimiento regular: Si (1) No (2)	Tipo de terapia psicológica	TCC (1) Terapia sistémica (2) Terapia psicodinámica (3) Terapia integradora (4) Psicoeducación (5) Terapias de tercera generación (6) Otros (7) (especificar): _____		