

## **Experiencia piloto del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) para el Trastorno Límite de la Personalidad en el Servicio Navarro de Salud**

María del Carmen Martín Contero<sup>1</sup>, Ignacio Álvarez Marrodán<sup>2</sup>, y  
María Goena Irisarri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa) (España). Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea (España);

<sup>2</sup>Hospital de salud mental. Servicio Riojano de Salud Mental (España)

El Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS) es un tratamiento grupal en dos fases: Habilidades Básicas; Habilidades avanzadas de regulación emocional y conductual en pacientes con TLP. Con este trabajo se pretende: 1) Analizar la implantación del grupo piloto de Habilidades Básicas en un Hospital de Día 2) Identificar y contrastar variables clínicas asociadas a los participantes 3) Analizar resultados en términos de efectividad y eficiencia. Participaron 9 pacientes que recibían asistencia terapéutica en los diferentes Centros de Salud Mental. Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación: SIS, PANAS, ERQ, BDHI y PDQ-4+. El número total de atenciones recibidas en diversos servicios antes del inicio del programa fue de 28, frente a las 14 recibidas durante el tratamiento. 3 de 4 pacientes evaluados al finalizar el grupo, presentaron una disminución de la intensidad de los deseos de morir y de la presencia de síntomas nucleares de TLP. El programa STEPPS es un tratamiento que parece efectivo y eficiente en el contexto de la salud mental pública, que se asocia con una mejora en la regulación de las emociones y una reducción en el número de atenciones en Salud Mental.

*Palabras clave:* STEPPS, TLP, terapia grupal, salud mental pública, efectividad.

*Pilot experience of the training program for emotional regulation and problem solving (STEPPS) for Borderline Personality Disorder in the Navarro Health Service. Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) is a group treatment in two phases: Basic Skills; Advanced skills in emotional and behavioral regulation for patients with BPD. This work is intended: 1) Analyze the implementation of the Basic Skills pilot group in a Mental Health Hospital 2) Identify and contrast clinical variables associated with the participants 3) Analyze results in terms of effectiveness and efficiency. 9 patients who received therapy in the different Community Mental Health Centers. Instruments: SIS, PANAS, ERQ, BDHI y PDQ-4+. Total number of assistance in mental health services before the program was 28, compared to 14 received during the treatment. 3 of 4 patients evaluated at the end of the group decreased the intensity of the desire to die and the presence of nuclear symptoms of BPD. STEPPS is an effective and efficient treatment in public mental health context. STEPPS improve emotional regulation and reduce the number of attentions in Mental Health Services.*

*Keywords:* STEPPS, BPD, group therapy, public mental health services, effective.

El Trastorno Límite de la Personalidad (American Psychiatric Association, 2014) o Trastorno de la Personalidad por inestabilidad emocional, tipo límite (Organización Mundial de la Salud, 1992) es un patrón persistente de inestabilidad en las relaciones interpersonales, afecto y autoimagen con escaso control de impulsos, cuya prevalencia en población general se estima entre el 1 y el 2% y en población usuaria de servicios de salud mental ambulatorios entre el 11 y el 20%, siendo este diagnóstico más frecuente en mujeres (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad, 2011).

Actualmente no existe ningún tratamiento psicoterapéutico con eficacia probada para el Trastorno límite de la personalidad (TLP), aunque sí hay evidencia de tratamientos probablemente eficaces y en fase experimental (Quiroga y Errasti, 2001; Vallejo, 2012), que han encontrado efectos positivos en la psicopatología del trastorno (Stoffers-Winterling et al., 2012). Es el caso del Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) o Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas desarrollado por el equipo de Nancee Blum en 1995 (Blum, Pfohl, John, Monahan, y Black, 2002; Blum et al., 2008), el cual es un tratamiento grupal en dos fases: la primera fase consiste en un grupo de Habilidades Básicas que dura veinte semanas aproximadamente, y la segunda fase es un programa avanzado llamado STAIRWAYS donde se aprenden habilidades de regulación emocional y conductual, y que se ha diseñado para utilizarlo de forma complementaria a otros tratamientos (National Institute for Health and Care Excellence, 2009).

En los últimos años en España se ha producido un incremento en la implementación de tratamientos para el TLP basados en la evidencia en diferentes servicios de salud mental pública, y en concreto de este programa grupal breve, aunque la aplicación y los resultados de eficiencia y efectividad aún siguen siendo escasos (Ferrere, Meseguer, García, Altalozano, y López, 2014; García, Martín, y Otín, 2010; López y Fuentes, 2016).

Por tanto, los objetivos de este estudio fueron, en primer lugar, describir y analizar la implantación del grupo piloto de Habilidades Básicas del programa STEPPS en un Hospital de Día del Servicio Navarro de Salud. En segundo lugar, identificar y contrastar variables clínicas asociadas a los participantes (asistencia media, abandonos terapéuticos, atenciones recibidas, cambios en sintomatología, etc.).

## MÉTODO

### *Participantes*

La implantación del Grupo de Habilidades Básicas del Programa STEPPS en la Red de Salud Mental de Navarra (RSMNa) se realizó durante el periodo comprendido entre noviembre de 2015 a mayo de 2016 (6 meses) en el Hospital de Día de Salud Mental de Adultos-Irubide (HD).

Los participantes fueron reclutados del total de pacientes derivados de los diferentes Servicios de la RSMNa durante el periodo de 1 mes. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: cumplir criterios diagnósticos de TLP según criterios CIE-10, y no presentar descompensación psicopatológica. Inicialmente se seleccionaron 11 pacientes, de los cuales 2 no se incorporaron al programa, y 9 participaron voluntariamente (6 mujeres y 3 hombres), con edades comprendidas entre los 20 y 50 años (edad media=39.5). La sesión era impartida por dos terapeutas grupales, Psicóloga Clínica y Psiquiatra, cuya combinación de figura femenina/masculina es la recomendada por el manual de referencia ya que sirve como modelado adecuado para los pacientes.

El programa consistió en 25 sesiones, con una frecuencia semanal de dos horas de duración. En cada sesión se entrenaban diferentes habilidades, algunas de las cuales requerían varias sesiones para su adecuado aprendizaje teniendo que flexibilizar el cronograma inicial. Estas habilidades se pueden clasificar en 3 grupos: 1) Conciencia del trastorno 2) Habilidades de Regulación Emocional 3) Habilidades de Regulación Conductual.

El formato utilizado fue flexible y dinámico, de metodología semi-directiva, usando diversos materiales impresos adicionales al manual STEPPS como el manual de Terapia Dialéctico Conductual de Linehan (1993), y dando suma importancia a las experiencias vitales de los participantes para realizar el entrenamiento en cada habilidad.

La estructuración de la sesión era la siguiente: los pacientes comenzaban la sesión completando el cuestionario "Evaluación de la gravedad del TLP a lo largo del tiempo (BEST)" y reflejando la puntuación resultante en un gráfico semanal que permitía monitorizar su estado emocional. A continuación se revisaban las Tareas prescritas para casa de la sesión previa dando prioridad al "Análisis del Acontecimiento", esto es, a la revisión de las situaciones vividas por los propios pacientes y la puesta en práctica de las habilidades entrenadas (situación, pensamiento – filtros y distorsiones cognitivas- emoción –sentimientos y sensaciones físicas-, impulso, comportamiento, afrontamiento, y resolución de problemas). Posteriormente se dedicaba el resto de la sesión a la lectura y realización de ejercicios correspondientes donde se entrenaba una nueva habilidad. Por último, se prescribían nuevamente tareas semanales para casa.

### *Instrumentos*

Se utilizaron los siguientes instrumentos de evaluación:

*Escala de Intencionalidad Suicida de Beck. SIS.* (Beck, Resnick, y Lettieri, 1974). Esta escala mide la intensidad de los deseos de vivir y de morir, proporcionando una cuantificación de la gravedad de la ideación suicida. La puntuación puede oscilar entre 0 y 38. No hay puntos de corte. A mayor puntuación, mayor gravedad.

*Escala de Afecto Positivo y Negativo. PANAS.* (Sandín et al., 1999). Esta escala valora de forma separada las experiencias emocionales positivas y negativas vividas recientemente en 20 ítems. Hay baremos según sexo. Las personas que puntúan por debajo de 31 puntos en afectividad positiva tienen más probabilidades de malestar.

*Cuestionario de Autorregulación Emocional. ERQ.* (Cabello, Salguero, Fernández-Berrocal, y Gross, 2013). Este cuestionario describe dos estrategias de regulación emocional: 1) La Reevaluación Cognitiva, la cual modificaría las reacciones emocionales en el momento de su gestación, consiguiendo cambiar la experiencia emocional, y 2) la Supresión Expresiva, que sólo modificaría la expresión emocional, intentando ocultar la experiencia vivida sin intentar alterarla. Se considera la reevaluación cognitiva el medio más eficaz y saludable de regulación emocional. Hay baremos según sexo:

-Reevaluación cognitiva: Hombres: 4.60 ( $\pm$  0.94) Mujeres: 4.61 ( $\pm$  1.02).

-Supresión expresiva: Hombres: 3.64 ( $\pm$  1.11) Mujeres: 3.14 ( $\pm$  1.18).

*Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee. BDHI.* (Oquendo et al., 2001). Evalúa dos componentes de la agresividad (física y verbal) a través de dos subescalas: Violencia Física (punto de corte 3) y Hostilidad Verbal (punto de corte 6).

*Cuestionario de Personalidad PDQ-4+* (Calvo, Caseras, Gutiérrez, y Torrubia, 2002). Este cuestionario mide la presencia de 9 síntomas del Trastorno Límite de la Personalidad.

### *Procedimiento*

Los participantes fueron evaluados por una psicóloga clínica y un psiquiatra con entrenamiento en la aplicación de las escalas clínicas. Las sesiones eran individuales con una duración aproximada de 60 minutos. En todos los casos fue un requisito para poder participar en el grupo STEPPS la realización de una entrevista clínica, de la evaluación mediante diversas escalas clínicas, y de la cumplimentación del consentimiento informado elaborado ad hoc.

*Análisis estadísticos.* Se realizaron análisis descriptivos y de frecuencias para describir las características de los participantes y de las variables clínicas. Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS (15.0).

## RESULTADOS

### *Asistencia media a las sesiones*

La asistencia media total al programa fue del 82%. Los participantes que finalizaron el grupo obtuvieron una asistencia media del 77% (rango 56-96%).

### *Abandonos terapéuticos*

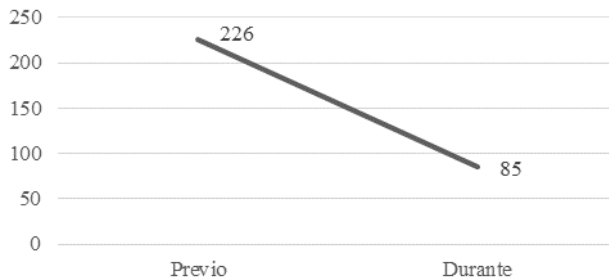
4 de los 9 participantes del grupo (44%) abandonaron el programa debido a diferentes motivos: descompensación psicopatológica y motivos familiares.

### *Atenciones en el Servicio de Urgencias, Ingresos hospitalarios, y Consultas no programadas en Centros de Salud Mental (CSM)*

Durante los 6 meses previos al tratamiento grupal, 4 de los pacientes precisaron 7 atenciones en el Servicio de Urgencias debido a los siguientes motivos: Riesgo de autoagresión y alteraciones de conducta (1), Intoxicación por sobreingesta medicamentosa (1), Ajuste de medicación (1), Intoxicación (1), y Malestar físico y otros motivos de salud (3). Por el contrario, durante los 6 meses del tratamiento los participantes recibieron 4 atenciones en Urgencias debido a: Riesgo de autoagresión, Intoxicación, y Malestar físico y otros motivos de salud. Señalar que 3 de estas atenciones las recibió el mismo paciente, el cual en ese periodo presentaba una asistencia irregular al programa.

En lo concerniente a los ingresos hospitalarios, durante los 6 meses previos al inicio del grupo los pacientes precisaron de 7 ingresos en Unidad de Hospitalización psiquiátrica (UHP) y en Hospital de Día (HD) con una duración total de 226 días. Los motivos de ingreso hospitalario fueron: Descompensación psicopatológica, Ausencia de respuesta a tratamientos ambulatorios, y Mejora de manejo de sintomatología afectiva/autorregulación emocional. Durante el transcurso del programa, se registraron 3 ingresos en dispositivos hospitalarios, con un número total de días de ingreso de 85 días. Señalar que 84 días corresponden a 2 pacientes que iniciaron el programa STEPPS mientras estaban recibiendo previamente tratamiento intensivo en hospitalización parcial. Esto es, en los 6 meses de tratamiento grupal, solo 1 de los participantes precisó de nuevo ingreso en observación con una duración de 1 día. Destacar que este paciente en los 6 meses anteriores al programa había precisado de 114 días de ingreso en HD.

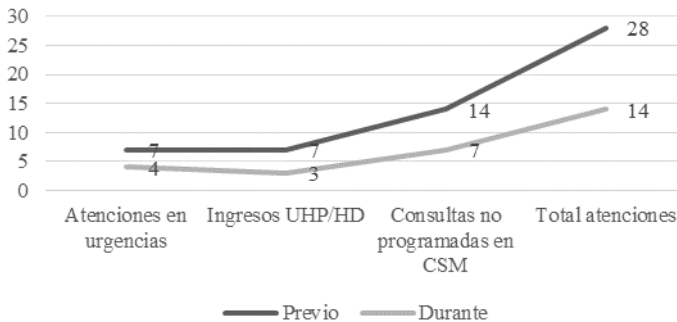
Gráfico 1. Número de días de ingreso hospitalario en HD o UHP



Respecto a las consultas no programadas en CSM, los resultados muestran que durante los 6 meses previos al tratamiento grupal, los participantes precisaron de 14 consultas extraordinarias en su centro de referencia en formato de Atenciones telefónicas y/o Atenciones presenciales. Los motivos fueron: Intervención en crisis, Descompensación psicopatológica, e Ingesta farmacológica. Durante los 6 meses de tratamiento, precisaron de 7 consultas no programadas en formato de Atención telefónica exclusivamente. Señalar que 3 de las Atenciones fueron requeridas por pacientes que ya habían abandonado el programa, y en fechas posteriores al mismo.

En suma, el número total de atenciones recibidas (urgencias, ingresos, y consultas) por los participantes antes del inicio del programa fue de 28, frente a las 14 recibidas durante el desarrollo del mismo.

Gráfico 2. Atenciones en el Servicio de Urgencias, Ingresos hospitalarios, y Consultas no programadas en Centros de Salud Mental (CSM)

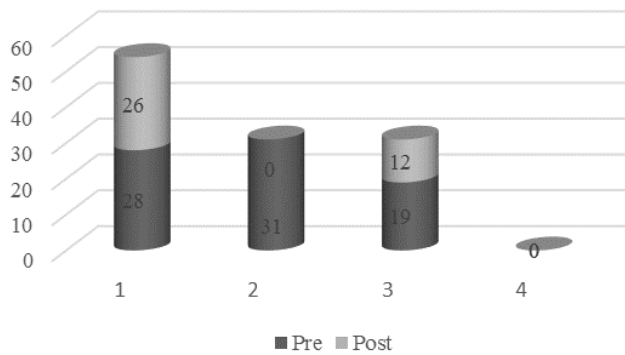


*Evaluación mediante escalas clínicas*

Del total de los participantes del programa se pudo realizar una evaluación pre y post-tratamiento de diferentes aspectos sintomáticos a cuatro de ellos. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

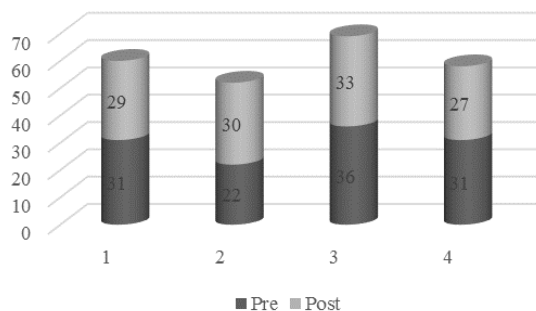
*Escala de Intencionalidad Suicida de Beck.* 3 pacientes presentaban intencionalidad autolítica al inicio del tratamiento, encontrándose una disminución de las puntuaciones en todos ellos.

Gráfico 3. Puntuaciones pre y post-tratamiento en SIS en los pacientes



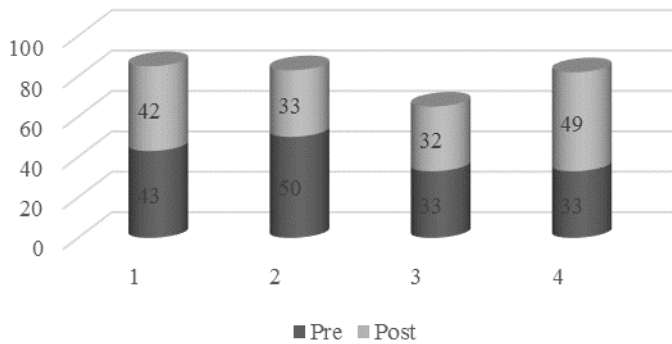
*Escala de Afecto Positivo y Negativo.* En PANAS afecto positivo, 1 paciente aumentó la puntuación en este cuestionario encuadrándose en la evaluación post-tratamiento dentro de la media, lo que indica que las personas viven una cantidad adecuada de experiencias positivas. El resto de pacientes presentaron puntuaciones dentro de la media en ambas medidas.

Gráfico 4. Puntuaciones pre y post-tratamiento en PANAS Afecto positivo en los pacientes



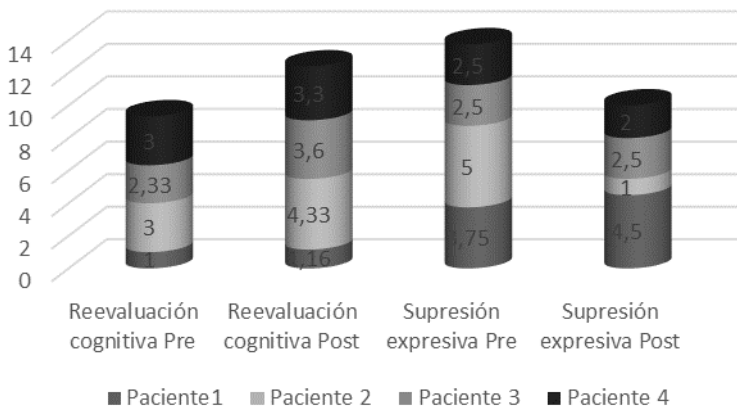
En PANAS afecto negativo se encontraron puntuaciones por encima de la media en 3 de los pacientes. Sólo 1 paciente redujo la puntuación, encuadrándose dentro de la media.

Gráfico 5. Puntuaciones pre y post-tratamiento en PANAS Afecto negativo en los pacientes



*Cuestionario de Autorregulación Emocional.* 3 pacientes presentaron puntuaciones por debajo de la media en la escala reevaluación cognitiva tanto en la evaluación pretratamiento como en post-tratamiento. Sólo 1 paciente mejoró la puntuación en reevaluación cognitiva, encuadrándose esta en la media poblacional, y disminuyó la puntuación en supresión expresiva estando por debajo de la media

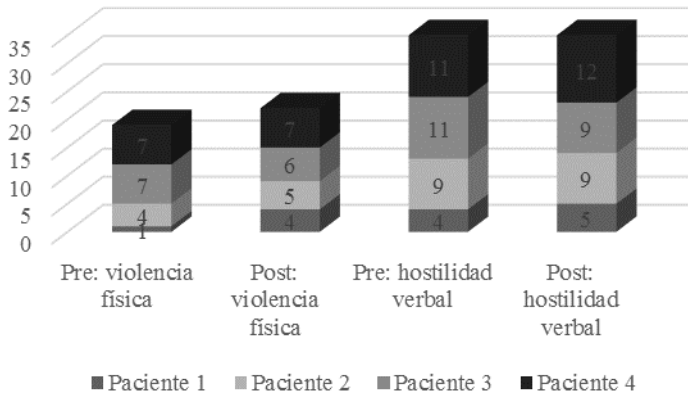
Gráfico 6. Puntuaciones pre y post-tratamiento en ERQ en los pacientes





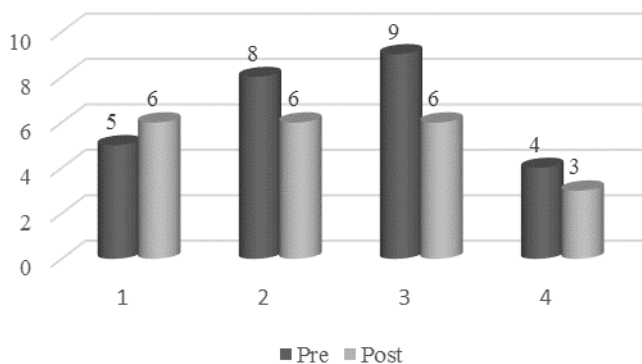
*Inventario de Hostilidad de Buss-Durkee.* 1 de los pacientes incrementó la puntuación en violencia física superando el punto de corte. En el resto de los pacientes no se han hallado diferencias en las puntuaciones pre y post-tratamiento superando en ambas el punto de corte en las dos subescalas evaluadas: violencia física y hostilidad verbal.

Gráfico 7. Puntuaciones pre y post-tratamiento en BDHI en los pacientes



*Cuestionario de Personalidad PDQ-4+.* 3 de los 4 pacientes evaluados redujeron la presencia de síntomas nucleares de TLP.

Gráfico 8. Puntuaciones pre y post-tratamiento en PDQ-4+ en los pacientes



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes que han participado en la primera fase de Habilidades Básicas del programa grupal breve STEPPS reducen la frecuentación en otros servicios de salud mental públicos (servicio de urgencias, ingresos en hospitalización completa y parcial, y consultas no programadas en sus centros de salud comunitarios), disminuyen la intencionalidad suicida, y mejoran algunos síntomas nucleares del trastorno.

Respecto al primer objetivo del estudio, se ha descrito y analizado la aplicación del programa en un Hospital de día de salud mental perteneciente al Servicio Navarro de Salud. La aplicación del programa STEPSS en el contexto de un Hospital de Día parece que va en consonancia con los estudios previos encontrados en una revisión realizada por Vanegas, Barbosa, y Pedraza (2017). Sin embargo, los trabajos más recientes en nuestro país se han realizado en otros servicios de salud mental, como Unidades de Conductas Adictivas, Centros de Salud Mental, o Centros de Rehabilitación e Integración Social (Ferrere et al., 2014; López y Fuentes, 2016) que no han detallado su aplicación. En consonancia con nuestro trabajo, la pretensión de estos estudios se dirige a aplicar tratamientos viables en servicios ambulatorios del contexto sanitario público que mejoren diversos aspectos (sintomatología y calidad de vida, comorbilidad, etc.) de los pacientes con diagnóstico de TLP, en lugar de realizar tratamientos en unidades específicas creadas para este trastorno que en muchas Comunidades Autónomas no existen.

En lo referente al segundo objetivo de la investigación, se ha encontrado que los pacientes presentan tasas de abandono del tratamiento elevadas, lo que concuerda con otros estudios previos como el realizado por Alesiani, Boccalon, Giarolli, Blum, y Fossati en 2014 con pacientes hospitalizados. En este estudio, que analizaba los predictores de abandono del programa STEPPS, se alcanzó una tasa del 47%, llegando a la conclusión que aquellos que dejan el tratamiento presentan rasgos de personalidad histriónicos y pensamiento mágico. En nuestro estudio algunos de los pacientes presentaban rasgos de personalidad disfuncionales mixtos con alta comorbilidad asociada, lo que pudo afectar al mantenimiento en el tratamiento. Éste es un aspecto que debería estudiarse en el futuro.

En cuanto al número de hospitalizaciones y la frecuentación de servicios se han hallado reducciones en las mismas, lo que iría en consonancia con las investigaciones previas (Alesiani et al., 2014; Boccalon, Alesiani, Giarolli, y Fossati, 2017; López y Fuentes, 2016) que han encontrado disminuciones significativas de las hospitalizaciones a lo largo del tiempo y reducciones importantes en la demanda de los pacientes.

Respecto a la sintomatología, nuestro estudio ha hallado una disminución en la intencionalidad suicida medida mediante la SIS, así como en la sintomatología nuclear del TLP. Estos resultados avalan los encontrados en trabajos previos realizados tanto a nivel ambulatorio como a nivel hospitalario, donde se hallan disminuciones significativas en los intentos de suicidio durante y después de STEPPS, y a los 12 meses de seguimiento, (Alesiani et al., 2014; Boccalon et al., 2017; Hill, Geoghegan, y Shawe-Taylor, 2016), logrando además un aumento del control de las conductas impulsivas y una disminución en la desregulación emocional, siendo esta una opción efectiva y accesible de tratamiento comunitario.

Además, se ha encontrado que estos pacientes viven más cantidad de experiencias negativas, utilizan menos estrategias adaptativas de reevaluación cognitiva, y presentan elevados niveles de hostilidad. Se han encontrado algunos estudios, como el de Esbec y Echeburúa (2011), que reformulan este diagnóstico mediante dominios y rasgos asociados donde claramente predomina la emocionalidad o el afecto negativo (Labilidad emocional, Autolesiones, Miedo a la pérdida, Ansiedad, Baja autoestima, Depresión, Hostilidad, Agresión, Impulsividad, y Propensión a la disociación). Además, existen investigaciones (Gross, 2002, 2003) que han encontrado correlaciones entre las dimensiones afecto positivo y negativo del PANAS y las estrategias evaluadas por el ERQ, donde la reevaluación cognitiva correlacionaría positivamente con la escala de afecto positivo y negativamente con la escala de afecto negativo del PANAS, mientras que la supresión correlacionaría negativamente con la escala del afecto positivo. Estos resultados avalarían lo encontrado en nuestros pacientes, ya que aquellos con mayores vivencias de experiencias negativas presentan menor uso de la reevaluación cognitiva. No obstante, hay otros factores posiblemente intervinientes que en nuestro estudio no se han investigado. Por otra parte, se han encontrado elevados perfiles de hostilidad testada mediante el cuestionario BDHI, lo que concuerda con un estudio realizado por Acuña et al. (2009) donde comprobaba que estos pacientes mostraban altos niveles de hostilidad que se relacionaban con un aumento del nivel general de impulsividad.

Nuestro estudio presenta algunas limitaciones que han de ser tenidas en cuenta a la hora de interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido, perteneciente a un contexto y población concretos. En segundo lugar, los instrumentos de evaluación empleados son, en muchos casos, diferentes a los utilizados en estudios previos, por lo que resulta difícil la comparación de los resultados. En tercer lugar, el diseño del estudio y el tamaño de la muestra sólo nos permiten sacar conclusiones a un nivel descriptivo.

Parece que el programa STEPPS es un tratamiento breve prometedor, que parece efectivo y eficiente en el contexto de la salud mental pública, y que se asocia con una mejora en la regulación de las emociones y una reducción en el número de atenciones en servicios de salud mental.

## REFERENCIAS

- Acuña, M., Bermúdez, C., Lago, E., Vilavedra, A., Marín, N., e Ibarra, O. (2009). Perfiles en hostilidad e impulsividad de una muestra de pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad en terapia dialectico-conductual. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(2), 523-532.
- Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, W., Blum, N., y Fossati, A. (2104). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): program efficacy and personality features as predictors of drop-out - an Italian study. *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 920-927. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.01.003
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5a ed.)*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Beck, A.T., Resnick, H.L.P., y Lettieri, D.J. (1974). *Development of suicidal intent scales*. Bowie: Charles Press.
- Blum, N., John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J.,... Black, D.W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 165(4), 468-478.
- Blum, N., Pfohl, B., John, D.S., Monahan, P., y Black, D.W. (2002). STEPPS: a cognitive-behavioral systems-based group treatment for outpatients with borderline personality disorder--a preliminary report. *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 301-310.
- Boccalon, S., Alesiani, R., Giarolli, L., y Fossati, A. (2017). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving Program and Emotion Dysregulation: A Pilot Study. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 205(3), 213-216. doi: 10.1097/NMD.0000000000000640
- Cabello, R., Salguero, J.M., Fernández-Berrocal, P., y Gross, J.J. (2013). A Spanish Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment*, 29, 234-240.
- Calvo, N., Caseras, X., Gutiérrez, F., y Torrubia, R. (2002). Adaptación Española del Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 30, 7-13.
- Esbec, E., y Echeburúa, E. (20110). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 39(1), 1-11.
- Ferrere, V., Meseguer, J., García, A., Altalozano, B., y López, S. (2014). Aplicación del Programa Stepps en un contexto de salud mental pública. *Revista Iberoamericana de Psicopatología*, 83, 59.
- García, M.T., Martín, M.F., y Otín, R. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(106), 263-278.
- Gross, J.J. (2002). Emotion Regulation: Affective, cognitive and social consequence. *Psychophysiology*, 39, 281-291.
- Gross, J.J., y John, O.P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad. (2011). *Guía de práctica clínica sobre Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut.
- Hill, N., Geoghegan, M., y Shawe-Taylor, M. (2016). Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary

- treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23(7), 347-356. doi: 10.1111/jpm.12315
- Linehan, M. (1993). *Manual de Tratamiento de los Trastornos de Personalidad Límite*. Barcelona: Editorial Paidós.
- López, M., y Fuentes, V. (2016). Experiencia de intervención psicológica grupal en mujeres con TLP para reducir la demanda asistencial en Atención Primaria, Urgencias y Salud Mental. *Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria*, 20(6), 1-4.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Borderline personality disorder: recognition and management*. Londres: NICE.
- Oquendo, M.A., Graver, R., Baca-García, E., Morales, M., Montalbán, V., y Mann, J.J. (2001). Spanish adaptation of Buss-Durkee Hostility Inventory (BDHI). *European Journal of Psychiatry*, 15, 101-112.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Clasificación internacional de enfermedades (10.ª ed.)*. Madrid: Meditor.
- Quiroga, E., y Errasti J.M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los Trastornos de Personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T.E., Santed, M.A., y Valiente, R.M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11(1), 37-51.
- Stoffers-Winterling, J.M., Völlm, B.A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N., y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder. *Cochrane Database Systematic Review*, 15(8), 52-56. doi: 10.1002/14651858.CD005652.pub2
- Vallejo, M.A. (2012). *Manual de terapia de conducta, vol. I*. Madrid: Dykinson.
- Vanegas, G., Barbosa, A., y Pedraza, G. (2017). Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del Trastorno Límite de Personalidad. *Informes Psicológicos*, 17(2), 159-176. doi:10.18566/infpsic.v17n2a09

Recibido: 10 de mayo de 2019

Recepción Modificaciones: 7 de junio de 2019

Aceptado: 21 de junio de 2019