

ASPECTOS PSICOSOCIALES ASOCIADOS A LA RECUPERACIÓN EN EL TRASTORNO DE PERSONALIDAD LÍMITE

PSYCHOSOCIAL ASPECTS ASSOCIATED WITH RECOVERY IN
BORDERLINE PERSONALITY DISORDER

Autores:

Irene de la Vega- Rodríguez^{1,2}, Ana Montes-Montero¹, Teresa Montalvo- Calahorra¹, Sara Clemente-
Fernández¹, Marina Díaz-Marsá¹, José Luis Carrasco-Perera¹.

1. Unidad de Trastornos de Personalidad. Instituto de Psiquiatría y Salud Mental. Hospital Clínico San
Carlos. Madrid.

2. Responsable de comunicación: iredela.vega@salud.madrid.org



RESUMEN

Introducción: A pesar del estigma relativo a su curso, el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) tiende a evolucionar favorablemente a lo largo del tiempo. Los estudios muestran que, a largo plazo, la mayoría de los pacientes alcanzan la remisión sintomática, y un porcentaje menor consigue la recuperación, entendida como remisión sintomática unida a funcionalidad. Los factores asociados a un pronóstico favorable son aún son desconocidos. Los objetivos de este estudio son calcular las tasas de remisión y recuperación a largo plazo en una muestra de pacientes españoles con TLP y estudiar los factores psicosociales asociados a la recuperación.

Método: Contamos con una muestra final de 90 personas con TLP con diez o más años de evolución. Se aplica una batería de pruebas diagnósticas y un cuestionario psicosocial. Se realiza un estudio descriptivo y se calculan las tasas de remisión y recuperación. Además, se lleva a cabo un estudio comparativo en variables psicosociales entre el subgrupo pacientes recuperados y no recuperados

Resultados: el porcentaje de remisión es de 72,2% y el de recuperación de 46, 7%. En el subgrupo de pacientes recuperados hay, con mayor frecuencia y con diferencia estadísticamente significativa: mujeres, con estudios superiores, personas casadas o que lo han estado, con pareja, que conviven con familia propia, con trabajo remunerado, sin minusvalía, con hijos y sin problemas legales.

Conclusiones: El TLP no tiene un curso crónico. Los tratamientos y los recursos pueden adaptarse para favorecer la recuperación del TLP a largo plazo.

Palabras clave: Trastorno Límite de la Personalidad, Remisión, Recuperación, Factores Psicosociales.

ABSTRACT

Introduction: Despite the stigma associated with its course, Borderline Personality Disorder (BPD) tends to exhibit a favorable trajectory over time. Longitudinal studies indicate that most patients achieve symptomatic remission, and a smaller proportion attain recovery, defined as symptomatic remission accompanied by functional improvement. The factors associated with favorable outcomes remain largely unknown. The aims of this study are to estimate long-term remission and recovery rates in a cohort of Spanish patients with BPD and to identify psychosocial factors associated with recovery.

Method: The study included a final sample of 90 individuals with BPD and a clinical course of ten or more years. Participants underwent a diagnostic assessment battery and a psychosocial questionnaire. A descriptive analysis was performed and remission and recovery rates were calculated. Additionally, a comparative analysis of psychosocial variables was conducted between the subgroups of recovered and non-recovered patients.

Results: The remission rate was 72.2%, while the recovery rate reached 46.7%. Statistically significant differences were observed in the recovered subgroup, which more frequently included women, individuals with higher education levels, married or previously married individuals, those in a partnership, participants living with their immediate family, individuals with paid employment, those without disabilities, parents, and those without legal issues.

Conclusions: BPD does not exhibit a chronic course. Treatment approaches and resources should be tailored to support long-term recovery in individuals with BPD.

Keywords: Borderline Personality Disorder, Remission, Recovery, Psychosocial Factors.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se caracteriza por una inestabilidad general de la autoimagen, los afectos y las relaciones y una importante inestabilidad que comienza a principios de la edad adulta y se observa en diferentes contextos (1). El TLP se asocia a un importante deterioro funcional, especialmente en los pacientes más graves (2–4), un intenso sufrimiento psíquico (5,6) y un importante estigma entre los profesionales sanitarios, (7) los allegados y cuidadores y los propios pacientes (8).

Las personas con diagnóstico de TLP tienen con frecuencia una idea muy negativa acerca de su evolución a largo plazo, similar a la de otros pacientes con trastornos mentales graves como la esquizofrenia (9). Esta idea empeora el pronóstico y limita las posibilidades prácticas de recuperación de estas personas y su adaptación al medio (10,11) . Los pacientes que consideran que no van a poder cambiar podrían implicarse menos en los tratamientos, buscar ayuda de forma poco efectiva o incurrir en problemas de autocuidado.

Cuando hablamos de evolución del TLP a lo largo del tiempo los estudios distinguen habitualmente entre dos conceptos: remisión y recuperación. La remisión se entiende como la ausencia de síntomas, e implica dejar de cumplir criterios del trastorno. La recuperación se refiere remisión sintomática unida a funcionalidad, y hace referencia a un buen desempeño laboral, ocupacional y social. Dos pueden considerarse trabajos referentes en el campo de la evolución a largo plazo del TLP. Uno es el McLean Study of Adult Development (MSAD)(10) que cuenta con 290 pacientes con TLP y un grupo control de 72 pacientes con otros trastornos de personalidad. Según el MSAD, 99% de los pacientes alcanzan la remisión tras 16 años de seguimiento y entre 50 y 60% se recuperan entre los 16 y los 20 años de evolución (11–13). El otro es el Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS), con 175 pacientes con TLP que son seguidos anualmente. Encuentran que, a los 10 años de seguimiento, 85% de los pacientes alcanzan remisión mantenida y el 21 % alcanza una funcionalidad óptima, si bien estos autores manejan criterios más exigentes de recuperación. (14,15).

Es decir, la evolución del TLP, especialmente en cuanto a sintomatología, es favorable, pero aún queda mucho por hacer y entender en cuanto a la recuperación funcional. Esta brecha entre remisión y recuperación (16) puede deberse a aspectos relacionados con el tratamiento a largo plazo, factores psicosociales, estigma u otros elementos no estudiados. Los objetivos de este trabajo son calcular las tasas de remisión y recuperación del TLP a largo plazo en una muestra española e identificar los factores psicosociales asociados a la recuperación. La identificación de factores asociados al pronóstico puede ayudar a comprender los facilitadores de la evolución y adaptar las intervenciones y tratamientos que ofrecemos a estas personas, desde un modelo centrado en sus necesidades y apoyado en datos.

MÉTODO

Participantes

Contamos con una muestra inicial de 156 personas con diagnóstico de TLP que habían sido atendidas en la Unidad de Trastornos de Personalidad (UTP) del Hospital Clínico San Carlos de Madrid entre los años 2005 y 2011. De estos 156 pacientes iniciales, 21 han fallecido, 30 no son localizados para la evaluación de seguimiento y 15 rehúsan participar en el estudio. La muestra final está formada por 90 personas, sobre las que se realizan todos los análisis del presente estudio.

Procedimiento

Los pacientes se localizan de forma retrospectiva, por vía telefónica y son informados de las características de la investigación que se va a llevar a cabo, aceptando su participación por ese medio. La evaluación consiste en una entrevista telefónica en la que se aplican las pruebas descritas en el apartado “Instrumentos de evaluación”. Todas las entrevistas son realizadas por la misma persona, facultativa especialista en psicología clínica, en una sola sesión, sin que se realicen seguimientos posteriores.

Instrumentos de evaluación

1. Cuestionario sociodemográfico. Ad hoc y heteroaplicado, recoge las siguientes variables psicosociales: Fecha nacimiento, Género, Edad actual, Nivel educativo, Estado civil, Tipo de convivencia, Ocupación, Incapacidad Legal, Minusvalía, Pareja, Número de hijos, Problemas legales.
2. Entrevista Diagnóstica Revisada para Trastorno Límite, (Revised Diagnostic Interview for Borderlines, DIB-R) (17) en su versión española (18). El DIB-R es una entrevista semiestructurada que evalúa la presencia y gravedad del TLP en los últimos dos años. El punto de corte para el diagnóstico en la versión española se establece en 6, siendo las puntuaciones totales iguales o mayores de seis indicadoras de TLP(18).
3. Global Assessment of Functioning (GAF) o Escala de Evaluación de la Actividad Global (EEAG) (19) extraída del DSM-IV-TR (20) permite al profesional medir el nivel de funcionamiento general a nivel individual, incluyendo el funcionamiento psicológico, social y ocupacional académico, en un rango de 1 a 100. Está basada en un continuo entre salud y enfermedad mental y está dividida en 100 puntos, representando 100 el máximo nivel de funcionamiento y 1 el mínimo nivel de funcionamiento. Constituye el eje V de la evaluación multiaxial en el DSM-IV. Se evalúa por medio de entrevista clínica heteroaplicada, y su puntuación se divide en rangos de 10 puntos de menor a mayor.

Análisis estadístico

Se lleva a cabo un análisis descriptivo de todas las variables de la muestra total. En aras de la uniformidad de los datos, algunas variables se categorizan. Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen en su media y desviación estándar (DE). Aquellas variables que no siguen una distribución normal se presentan con mediana y rango intercuartílico (RIQ). También se calcula el tiempo de evolución de cada paciente, según el tiempo transcurrido desde su evaluación y estancia en la UTP y la evaluación de seguimiento realizada para esta investigación.

Se hallan las tasas de remisión y recuperación para la muestra total. Tomando como base la literatura(10) se operativiza como remisión una puntuación total menor de 6 en la prueba diagnóstica DIB-R y como recuperación una puntuación menor de 6 en la prueba diagnóstica DIB-R junto con una puntuación mayor de 60 en la escala GAF de funcionalidad.

La muestra total es dividida en dos grupos según la evolución (recuperados / no recuperados). Se utiliza una prueba Chi Cuadrado para comparar a los grupos divididos según evolución en las variables cualitativas. Cuando las frecuencias teóricas incluyen frecuencias que son inferiores a 5, o cuando las sumas marginales del conjunto de datos (sumas por fila o por columna) son muy desiguales, se aplica la prueba exacta de Fisher. Algunas variables cualitativas con varias categorías

se agrupan en dos atendiendo a criterios clínicos y estadísticos. La comparación de las variables cuantitativas entre los dos subgrupos de estudio se realiza mediante la prueba t de Student para las variables simétricas y se aplica el test U de Mann-Whitney en el caso de una distribución no normal.

En todos los contrastes de hipótesis se ha rechazado la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0,05. Para el análisis se ha utilizado el paquete estadístico SPSS 15.0 y STATA 12

RESULTADOS

La muestra está formada por 64 mujeres, 25 hombres y una persona autodefinida como no binaria. La media de edad en el momento de la evaluación de seguimiento es de 41,42 años, con una desviación típica de 7,10 y un rango entre 30,14 y 62,77 años. El tiempo de evolución medio, es decir, el tiempo transcurrido entre la evaluación inicial y la evaluación de seguimiento realizada para la presente investigación es de 12,16 años, con una DE de 2,102 años, y un rango de 10 a 16 años. El resto de las variables psicosociales se muestran en la tabla 1.

La mediana de la puntuación total para la muestra total en la escala DIB R fue de 3, con un RIQ 1-7 (Tabla 2). La media de la puntuación GAF de la muestra total en la evaluación de seguimiento fue de 59,11, con una DE 14, 178. (Tabla 3)

La remisión, definida como una puntuación total menor de 6 en la prueba DIB-R de sintomatología es alcanzada por 65 de los 90 pacientes de la muestra, lo que supone un porcentaje de remisión de 72,2 %. Mantienen el diagnóstico de TLP, es decir, obtienen una puntuación total de 6 o más en la escala DIB- R 25 pacientes, 27,8% de la muestra (Figura 1).

De los 90 pacientes, 42 pacientes, 46,7%, entran en la categoría recuperados, y 48 pacientes, 53,3 %, entran en la categoría no recuperados. Por tanto, la tasa de recuperación alcanzada por los pacientes del estudio a largo plazo se sitúa en el 46,7 % (Figura 2).

La tabla 4 recoge los resultados del análisis comparativo entre el grupo de pacientes recuperados y no recuperados en las variables psicosociales cualitativas. Se obtienen diferencias estadísticamente significativas en las variables género, nivel educativo, estado civil, tipo de convivencia, ocupación, minusvalía, pareja, hijos y problemas legales.

Los grupos también mostraron diferencias estadísticamente significativas en la variable cuantitativa edad actual ($p=0,032$). Los recuperados tuvieron de media 39,716 años con una DE de 7,697. La edad de los no recuperados era ligeramente superior: 42, 914 con una DE de 6,252.

DISCUSIÓN

Según los resultados, se obtiene un porcentaje de remisión de 72,2%, mientras que 27,8 % sigue manteniendo el diagnóstico de TLP a largo plazo. La tasa de recuperación es de 46, 7 %. Estos datos son congruentes con los encontrados en otras muestras clínicas a lo largo del mundo, a pesar de que las distintas metodologías y contextos dificultan la comparación directa (13,14,16,21,22).

Basándonos en estos resultados, se puede afirmar que la mayoría de los pacientes diagnosticados de TLP remitirán y dejarán de cumplir criterios del trastorno a largo plazo, si bien algo menos de la mitad de los pacientes continuará sin ningún déficit funcional. Ofrecer información sobre el curso del TLP puede ser una forma de reducir el estigma (23) y fomentar la alianza terapéutica, una herramienta imprescindible en pacientes cargados de desesperanza y con larga historia de fracasos terapéuticos. Pero los datos nos dicen también que, si queremos desarrollar tratamientos exitosos, debemos incidir en la brecha entre remisión y recuperación (16), y el estudio y abordaje de los factores psicosociales puede ser un camino.

En la comparación entre las variables psicosociales incluidas en el presente estudio se observa que, en el subgrupo de pacientes recuperados hay, con mayor frecuencia y con diferencia estadísticamente significativa: mujeres, con estudios superiores, personas casadas o que lo han estado, con pareja, que conviven con familia propia, con trabajo remunerado, sin minusvalía, con hijos y sin problemas legales.

En esta muestra, por tanto, ser mujer, frente a ser hombre, está asociado a recuperación. Las diferencias entre sexos en general han sido poco estudiadas en TLP y especialmente en lo que se refiere al pronóstico (24). Algunos de los estudios revisados encuentran, contrariamente a los resultados aquí obtenidos, una menor funcionalidad a largo plazo en mujeres (25) y otros encuentran que el sexo no tiene impacto en el curso del trastorno(26). Se sabe que los hombres pueden tener mayor gravedad general en la psicopatología (27) o mayor frecuencia de rasgos antisociales que compliquen el pronóstico (28) por lo que los tratamientos tendrán que tener en cuenta estas diferencias sutiles, pero significativas, en el género.

El resto de los factores psicosociales estudiados encajan con la idea de buen pronóstico, y pueden considerarse de naturaleza bidireccional, es decir, pueden ser causa y también consecuencia de la recuperación. Por ejemplo, en esta muestra, tener estudios superiores se asocia a recuperación. Los estudios universitarios pueden considerarse también una medida indirecta de inteligencia. Las personas recuperadas podrían tener más facilidad o acceso a formación, pero la inteligencia podría actuar también facilitando la adaptación funcional en los pacientes con TLP en el curso de su vida. Hay datos que relacionan un mayor CI con la recuperación en el TLP, pero no con la mera remisión sintomática (10,13).

Otro factor asociado al buen pronóstico es haber estado casado o tener pareja, algo mucho más frecuente en los pacientes recuperados que en los no recuperados. Se sabe que muchos pacientes con TLP dejan de tener problemas interpersonales a largo plazo a costa de evitar la intimidad conflictiva, es decir, aislarse (29). Este podría ser el caso de pacientes cuyo síntoma ha remitido, pero no son del todo funcionales en lo relacional, simplemente han adaptado su vida a su sintoma-

tología. Tener una pareja estable está relacionado con menor impulsividad y mejores niveles de funcionamiento en TLP. La exposición a una relación íntima, como un matrimonio exitoso, mejora el curso del trastorno, es decir, es causa y no solo consecuencia de una evolución favorable. En este sentido, se afirma que todo aquello que fomente el establecimiento de relaciones significativas, por ejemplo, una terapia de pareja puede influir favorablemente.(30) La buena psicoterapia podría concebirse como una relación íntima exitosa, una experiencia interpersonal significativa, y esta parte relacional puede tener su influencia en el curso; también las intervenciones de rehabilitación psicosocial inciden en este aspecto.Otro apoyo más a esta idea se obtiene de los resultados de la comparación: tener hijos y convivir con ellos es más frecuente en personas recuperadas del TLP. El apoyo social, con lo que implica de cuidado, apoyo y compañía, emerge como un factor relacionado con el pronóstico favorable en el TLP.

Las personas recuperadas además tienen, en mayor medida, un trabajo remunerado y en menor medida una minusvalía. El empleo proporciona contacto social más allá de la familia y un sentido de valor personal. En las personas con TLP, además de suponer una mejora en el nivel económico, el empleo puede ser beneficioso en la formación de la identidad y en proporcionar un entorno social emocionalmente menos cargado que el familiar (31). Algunos autores encuentran que incluir específicamente una rehabilitación vocacional y laboral en el tratamiento de las personas con TLP mejora significativamente los resultados del tratamiento (32).

Por otro lado, los pacientes no recuperados tienen en mayor proporción problemas legales, algo que puede relacionarse con la sintomatología externalizante, los conflictos interpersonales, la comorbilidad o los problemas laborales. La victimización también es frecuente en personas con TLP: una proporción significativamente elevada de personas con TLP de ambos sexos refieren sufrir violencia y agresiones en su etapa adulta. Las personas con TLP pueden tener creencias relacionadas con que nadie estará emocionalmente disponible para ayudarles o que se merecen el daño por parte de otras personas. Estas creencias disminuyen conductas de autocuidado como la búsqueda de ayuda o poner fin a relaciones abusivas, y pueden estar en la base de la victimización que siguen experimentando en la etapa adulta (13).

También se han encontrado diferencias significativas respecto a la edad al comparar los grupos de pacientes recuperados y no recuperados. Los pacientes recuperados son tres años de media más jóvenes que los no recuperados (39,7 vs. 42.9) y esta diferencia resulta estadísticamente significativa. Diversos datos apuntan a que una edad más joven en el momento del diagnóstico se correlaciona con un mejor pronóstico clínico y una remisión en la sintomatología (33,34). El grupo de Zanarini (26) identificó una edad menor de 25 años en el momento del tratamiento como un factor predictor de recuperación.

En resumen, el pronóstico del TLP es globalmente favorable a largo plazo, pero existe una necesidad inminente de programar y desarrollar intervenciones que supongan una mejora en la capacidad funcional de estas personas. Basándonos en datos, las intervenciones tendrían que poder realizarse de forma temprana, favorecer la formación académica, e incidir en el empleo y en lo relacional, proporcionando redes de apoyo eficaces. Además, serían útiles mecanismos de protección social y legal para las personas con TLP, a menudo inmersas en procesos judiciales que empeoran su pronóstico. Ofrecer información veraz sobre el curso, y formar a los profesionales al respecto, también se dibuja como una intervención útil. Por último, conviene atender a la peculiar presentación clínica de los varones con TLP, cuya psicopatología puede camuflarse y ensombrecer el pronóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 5th ed. Washin-
gton, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

2. Tomko RL, Trull TJ, Wood PK, Sher KJ. CHARACTERISTICS OF BORDERLINE PERSONALITY DISORDER IN A COMMUNITY SAMPLE: COMORBIDITY,
TREATMENT UTILIZATION, AND GENERAL FUNCTIONING. J Personal Disord. octubre de 2014;28(5):734-50.

3. Grant BF, Kaplan K, Shepard J, Moore T. Source and Accuracy Statement for Wave 1 of the 2001-2002 National Epidemiologic Survey on Alcohol
and Related Conditions. [Internet]. National Inst. on Alcohol Abuse and Alcoholism, Bethesda, MD.; 2003 [citado 22 de abril de 2023]. Report No.:
PB2008109529. Disponible en: <https://ntrl.ntis.gov/NTRL/dashboard/searchResults/titleDetail/PB2008109529.xhtml>

4. Javaras KN, Zanarini MC, Hudson JL, Greenfield SF, Gunderson JG. Functional Outcomes in Community-Based Adults with Borderline Personality
Disorder. J Psychiatr Res. junio de 2017;89:105-14.

5. Zanarini MC, Frankenburg FR. Emotional hypochondriasis, hyperbole, and the borderline patient. J Psychother Pract Res. 1994;3(1):25-36.

6. Moltu C, Kverme B, Veseth M, Natvik E. How people diagnosed with borderline personality disorder experience relationships to oneself and to
others. A qualitative in-depth study. Int J Qual Stud Health Well-Being. 18(1):2152220.

7. Treloar AJC. Effectiveness of education programs in changing clinicians' attitudes toward treating borderline personality disorder. Psychiatr Serv
Wash DC. agosto de 2009;60(8):1128-31.

8. Gunderson JG, Links PS. Trastorno límite de la personalidad: guía clínica. Aula Médica; 2009. 382 p.

9. Palomer E, Caparrós B. Estudio Cualitativo del proceso de recuperación de personas diagnosticadas de trastorno mental grave, atendidas en los
servicios de rehabilitación. Rehabil Psicosoc. junio de 2019;15(1):22-9.

10. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. The McLean Study of Adult Development (MSAD): overview and implications of the first
six years of prospective follow-up. J Personal Disord. octubre de 2005;19(5):505-23.

11. Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G. The 10-year course of psychosocial functioning among patients with borderline personality
disorder and axis II comparison subjects. Acta Psychiatr Scand. agosto de 2010;122(2):103-9.

12. Zanarini MC, Temes CM, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice GM. Description and prediction of time-to-attainment of excellent recovery for
borderline patients followed prospectively for 20 years. Psychiatry Res. abril de 2018;262:40-5.

13. Zanarini MC. In the Fullness of Time: Recovery from Borderline Personality Disorder. 2018. 230 p.

14. Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology
and function from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders study. Arch Gen Psychiatry. agosto de 2011;68(8):827-37.

15. Gunderson JG, Shea MT, Skodol AE, McGlashan TH, Morey LC, Stout RL, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: develop-
ment, aims, design, and sample characteristics. J Personal Disord. 2000;14(4):300-15.

16. Soloff PH. Bridging the Gap Between Remission and Recovery in BPD: Qualitative Versus Quantitative Perspectives. J Personal Disord. 20 de fe-
brero de 2019;1-20.

17. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis
II Disorders. J Personal Disord. marzo de 1989;3(1):10-8.

18. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, Alvarez E, et al. [Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Re-
vised (DIB-R)]. Actas Esp Psiquiatr. octubre de 2004;32(5):293-8.

19. Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. Psychosomatics. junio de 1995;36(3):267-75.

20. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR®. American Psychiatric Pub; 2000. 984 p.

21. Álvarez Tomás I. The Long-Term Clinical and Functional Course of Borderline Personality Disorder. Evolución clínica y funcional del trastorno límite
de personalidad a largo plazo [Internet] [Ph.D. Thesis]. TDX (Tesis Doctorals en Xarxa). Universitat de Barcelona; 2020 [citado 6 de junio de 2023].
Disponible en: <https://www.tdx.cat/handle/10803/670024>

22. Paris J, Zweig-Frank H. A 27-year follow-up of patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2001;42(6):482-7.

23. Biskin RS. The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. julio de 2015;60(7):303-8.

24. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. PloS One. 2022;17(12):e0279015.

25. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospec-
tive studies. Eur Psychiatry. 2019;56(1):75-83.

26. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Silk KR. Prediction of the 10-year course of borderline personality disorder. Am J Psychiatry. mayo
de 2006;163(5):827-32.

27. Busch AJ, Balsis S, Morey LC, Oltmanns TF. Gender Differences in Borderline Personality Disorder Features in an Epidemiological Sample of Adults
Age 55-64: Self Versus Informant Report. J Personal Disord. junio de 2016;30(3):419-32.

28. Stone MH. Long-Term Course of Borderline Personality Disorder. Psychodyn Psychiatry. 2016;44(3):449-74.

29. Paris J. Implications of long-term outcome research for the management of patients with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry.
2002;10(6):315-23.

30. Links PS, Heslegrave RJ. Prospective studies of outcome. Understanding mechanisms of change in patients with borderline personality disorder.
Psychiatr Clin North Am. marzo de 2000;23(1):137-50.

31. Cruitt PJ, Oltmanns TF. Unemployment and the Relationship between Borderline Personality Pathology and Health. J Res Personal. octubre de
2019;82:103863.

32. Comtois KA, Kerbrat AH, Atkins DC, Harned MS, Elwood L. Recovery from disability for individuals with borderline personality disorder: a feasibility
trial of DBT-ACES. Psychiatr Serv Wash DC. noviembre de 2010;61(11):1106-11.

33. Álvarez-Tomás I, Ruiz J, Guilera G, Bados A. Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospec-
tive studies. Eur Psychiatry. 2019;56(1):75-83.

34. Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. Curr Opin Psychia-
try. enero de 2020;33(1):57-61.

Tabla 1. Variables sociodemográficas

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nivel educativo		
- Sin estudios	4	4,4
- Básicos / obligatorios	22	24,4
- Medios	41	45,6
- Superiores	23	25,6
Estado civil		
- Nunca casado	60	66,7
- Casado	17	18,9
- Separado/divorciado	13	14,4
Pareja		
- Con pareja actual	41	45,6
- Sin pareja actual	49	54,4
Hijos (n = 88)		
- No tiene hijos	60	66,7
- Tiene hijos	28	31,1
Tipo de convivencia		
- Esposo/a	9	10,0
- Pareja	26	28,9
- Hijos	19	21,1
- Familia origen	21	23,3
- Otros familiares	3	3,3
- Amigos /compañeros piso	3	3,3
- Solo	20	22,2
- Institución	4	4,4
Ocupación		
- Trabajo remunerado	39	43,3
- Estudiante	6	6,7
- Cobrando paro o ERTE	5	5,6
- Incapacidad temporal	7	7,8
- Incapacidad permanente	20	22,2
- Otros	13	14,4
Incapacidad legal (n= 87)		
- Incapacitado	8	8,9
- No incapacitado	79	87,9
Minusvalía		
- Reconocida	54	60,0
- No reconocida	36	40,0
Problemas legales (n=89)		
- Si	17	18,9
- No	12	80,0

Tabla 2. Estadísticos descriptivos de la puntuación total en la escala DIB-R.

		Puntuación Total
N		90
Media		3,87
Mediana		3,00
Desviación estándar (DE)		3,47
Mínimo		0
Máximo		10
Percentiles	25	1,00
	50	3,00
	75	7,00

Tabla 3. Estadísticos descriptivos de las puntuaciones de la escala GAF en la evaluación de seguimiento.

		GAF evaluación de seguimiento
N		90
Media		59,11
Mediana		59,00
Desviación estándar (DE)		14,178
Mínimo		22
Máximo		85
Percentiles	25	50,00
	50	59,00
	75	71,00

Figura 1 Porcentaje de remisión del TLP.

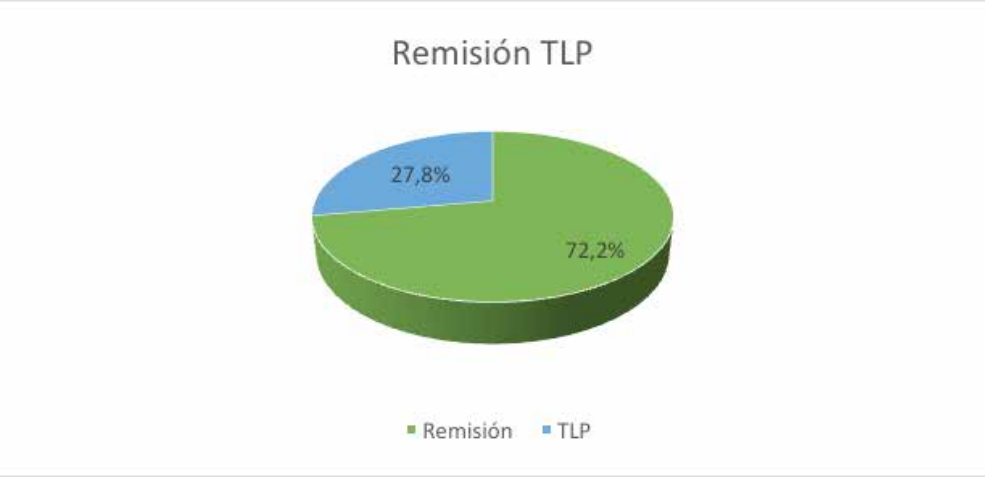


Figura 2 Porcentaje de recuperación del TLP.



Tabla 4. Comparación en variables sociodemográficas. Resultados de la prueba Chi Cuadrado.

	Recuperados (n=42)		No recuperados (n=48)		p valor
Género	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre	
Frec. (%)	34 (81,0)	7 (16,7)	30 (62,5)	18 (37,5)	0,033
Nivel educativo	Estudios superiores	Otros	Estudios superiores	Otros	
Frec. (%)	17 (40,5)	25 (59,5)	6 (12,5)	42 (87,5)	0,002
Estado civil	Casado	Nunca casado	Casado	Nunca casado	
Frec. (%)	20 (47,6)	22 (52,4)	10 (20,28)	38 (79,2)	0,007
Tipo convivencia	Familia propia	Otros	Familia Propia	Otros	
Frec. (%)	13 (31,0)	29 (69,0)	6 (12,8)	42 (87,5)	0,031
Ocupación	Trabajo remunerado	Otras	Trabajo remunerado	Otras	
Frec. (%)	32 (76,2)	10 (23,8)	7 (14,6)	41 (85,4)	0,000
Incapacidad	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	1 (2,4)	40 (97,6)	7 (15,8)	39 (84,8)	0,061
Minusvalía	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	17 (40,5)	25 (59,5)	37 (77,1)	11 (22,9)	0,000
Pareja	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	26 (61,9)	16 (38,1)	15 (31,3)	33 (68,8)	0,004
Hijos	Si	No	Si	No	
Frec. (%)	19 (43,3)	22 (53,7)	9 (19,1)	38 (80,9)	0,006
Problemas legales	Si	No	Si	No	
	3 (7,1)	39 (92,9)	14 (29,8)	33 (70,2)	0,007