

**Eficacia de la Terapia Dialéctico Conductual en el Trastorno  
Límite de Personalidad. Un metaanálisis de las dos últimas  
décadas**

**Álvaro González Martín**

**Universidad de La Laguna**

**Curso académico 2018-2020**

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Trabajo de Final de Máster**

**Tutor:** Juan Andrés Hernández Cabrera

## **Resumen**

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) ha sido catalogado como uno de los más frecuentes de los trastornos de personalidad, mostrando un cuadro de gran severidad, debido a su letalidad. Para ello, gran cantidad de tratamientos han sido destinados con el fin de tratarlo. Entre ellos, la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) ha tenido un gran renombre, con ambivalencia de resultados. Por consiguiente, se realizó un metaanálisis de los últimos veinte años sobre la eficacia de esta terapia en comparación con un grupo control, valorando: severidad de criterios diagnósticos, depresión, autolesiones, ideación suicida, ira externalizada y síntomas psiquiátricos generales, analizando valores de variabilidad, asimetría y tamaños de efecto en 16 estudios. Se valoró el nivel de heterogeneidad por cada variable y se realizó un análisis de metarregresión, comprobando la influencia de factores relacionados con participantes y diseño de estudios. La severidad ha resultado en un tamaño de efecto medio, mientras que los demás factores obtuvieron efectos pequeños, encontrándose diversos estudios y moderadoras que influyen en la heterogeneidad. Se concluye que la TDC es efectiva frente a la condición control, aunque hacen falta mayores investigaciones que aboguen por una replicación directa y un mayor número de objetivos terapéuticos.

**Palabras clave:** metaanálisis, trastorno límite de personalidad, Terapia Dialéctica Conductual, metarregresión, moderadoras.

## **Abstract**

Borderline Personality Disorder (BPD) has been listed as one of the most common personality disorders, showing a picture of great severity, due to its lethality. To do this, many treatments have been used to treat it. Among them, Dialectical Behavioral Therapy (DBT) has had a great renown, with ambivalence of results. Consequently, a meta-analysis of the last twenty years was conducted on the effectiveness of this therapy compared to a control group, assessing: severity of diagnostic criteria, depression, self-harm, suicidal ideation, outsourced anger and general psychiatric symptoms, analyzing values of variability, asymmetry and effect sizes in 16 studies. The level of heterogeneity was assessed for each variable and a meta-regression analysis was performed, checking the influence of participant-related factors and study design. Severity has resulted in a medium-effect size, while the other factors had small effects, with various studies and moderators influencing heterogeneity. It is concluded that DBT is effective against the control condition, although further research is needed to advocate for direct replication and a greater number of therapeutic objectives.

**Keyword:** meta-analysis, borderline personality disorder, Dialectical Behaviour Therapy, meta-regression, moderators.

## **Introducción**

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es un trastorno severo, marcado por una gran inestabilidad en relaciones sociales, autoconcepto, conducta y cordialidad, según la

American Psychiatric Association (APA, 2013). Hasta el año 1990, el TLP fue catalogado casi como intratable (Andreasson et. al, 2016). Su prevalencia entre la población clínica con trastornos de personalidad se encuentra entre el 30-60%, diagnosticándose más asiduamente en mujeres, con un 75% de los casos aproximadamente (APA, 2013). Además, es el trastorno de personalidad más frecuente en poblaciones clínicas, diagnosticado en un 10% de poblaciones de pacientes ambulatorios y un 25% en poblaciones hospitalizadas (Widiger y Weissman, 1991; y Zimmerman, Rothschild y Chellminski, 2005). Sobre la prevalencia en la comunidad general, el TLP se muestra aproximadamente en el 1% de la población (Torgersen, Kringlen y Cramer, 2001).

La severidad de este trastorno se valora por su cronicidad (Widiger y Weissman, 1991), comorbilidad (Lieb, Zanarini, Schmahl, Linehan y Bohus, 2004), letalidad (Soloff, Lis, Kelly, Cornelius y Ulrich, 1994), gran uso del tratamiento (Bender et al., 2001), intensas demandas hacia los profesionales de la salud (Benjamin, 1993), gran utilización de servicios psiquiátricos (Bender et al., 2001) y pobres resultados en los mismos (Rizvi, 2011). Las personas diagnosticadas con TLP frecuentemente muestran varios tipos de comportamientos impulsivos y autolesivos, tales como intentos de suicidio, autolesión o abuso de psicofármacos (Lieb et al., 2004; y Soloff et al., 1994). Estos comportamientos suelen funcionar como estrategias mal adaptativas, con el fin de lograr un alivio a corto plazo de las intensas emociones negativas (Brown, Comtois y Linehan, 2002). Debe recalarse que el TLP es uno de los únicos trastornos que añade el intento de suicidio como un criterio diagnóstico en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM; APA, 2013). Y es que la conducta suicida continúa siendo una complicación usual

en personas que presentan este diagnóstico (Trull, Stepp y Durrett, 2003), estimándose que el 10% acaban llevando a cabo enteramente esta conducta (Linehan, Cochran y Kehrer, 2001), siendo los intentos de suicidio y las autolesiones sin intención suicida (o su versión en inglés “non suicidal self injury” o NSSI) problemas importantes de salud pública que crecen fuertemente en prevalencia desde la adolescencia (Nock et al., 2013). Por otra parte, el TLP también se relaciona con la persistencia de gran inhabilidad en el contexto social, discapacidad funcional y resultados clínicos adversos (Gunderson et al., 2011). Además, experimentar intensa ira y dificultad para controlar su expresión son parte del criterio diagnóstico de TLP (APA, 2013).

Con respecto al tratamiento de TLP, se han encontrado limitaciones en el uso de la farmacología y el tratamiento psicosocial para este trastorno (Binks et al., 2007a; y Binks et al., 2007b). Por consiguiente, un número de tratamientos psicológicos han sido puestos a evaluación. Algunos de ellos son: la Terapia Cognitiva Analítica (Ryle, 2004), la Terapia Cognitivo Conductual (Davidson et al., 2006), la Terapia Dialéctica Conductual (*TDC*; Linehan, 1993a) y la Terapia basada en Mentalización (Bateman y Fonagy, 2004). Basado en un número de estudios controlados y aleatorizados (Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2006; y Van den Bosch, Koeter, Stijnen, Verheul y Van den Brink, 2005) la Terapia Dialéctica Conductual (*TDC*; Linehan, 1993a) ha demostrado ser un tratamiento de elección para el TLP, avalada por la APA (2001). Según Linehan (1993a) ofrece un tratamiento cognitivo-conductual para problemas de salud mental complejos y severos, diseñado para mejorar la experiencia emocional, reduciendo la evitación experiencial en personas diagnosticadas con TLP. Su fin último es la práctica de conductas adaptativas que

permitan al paciente resolver problemas inter e intrapersonales, ahondado en factores que puedan interferir en la terapia y aceptar las propias experiencias. Se ayuda al paciente a encontrar un equilibrio entre los pensamientos dicotómicos que definen al TLP en su búsqueda del cambio y aceptación de los demás: invalidarse vs. culpabilizarse; pasividad de solución de problemas vs. aparentar más allá de las propias capacidades; y experimentar la vida como una crisis sin fin vs. inhibición emocional (Cervera, Haro y Martínez-Raga, 2005). Para ello, la TDC sigue cuatro estadios lineales (Linehan 1993a y 1993b): a) alcanzar un nivel de vida funcional y estable, teniendo como objetivo el suicidio (ideación, autolesión e intentos suicidas), conductas negativas (efectos iatrogénicos, abandono de la terapia, ...), reducir conductas que empeoren la calidad de vida (adicción a drogas, situación laboral inestable, ...) y entrenamiento de habilidades; b) desarrollar habilidades de gestión emocional y tratar sucesos traumáticos; c) mejorar la autoestima y autonomía; y d) ahondar en la espiritualidad del paciente y su capacidad de disfrute. Para superar cada fase, se realiza un programa jerárquico (tratándose principalmente el suicidio) de psicoterapia individual, entrenamiento grupal de habilidades (eficacia interpersonal, regulación emocional, tolerancia al malestar y mindfulness), consultas telefónicas, terapia familiar y supervisión. El terapeuta podrá usar diversos tipos de estrategias, como estrategias dialécticas (metáforas, paradojas o “abogado del diablo”), nucleares (aceptación, comprensión, ...), de cambio cognitivo-conductuales (aprendizaje operante, modificación cognitiva o técnicas de exposición), de comunicación (uso de la lógica, humor, ...) y de dirección y gerencia (Cervera et al., 2005). La TDC se puede diferenciar de la Terapia Cognitivo Conductual en que esta última solo se enfoca en la necesidad de cambio en el

paciente, mientras que la primera incluye tanto el cambio como la aceptación del entorno y del sí mismo (Equipo de Expertos, 2018). Por otro lado, cabe destacar que esta terapia abarca elementos psicodinámicos, gestálticos y de la terapia centrada en el cliente, además de estrategias cognitivo-conductuales (Cervera et al., 2005).

La TDC produce a largo plazo beneficios para pacientes suicidas con TLP, incluyendo criterios relacionados con el trastorno, depresión, ideación suicida e intentos, NSSI, hospitalización psiquiátrica, y aumento de las mejoras del funcionamiento social y global (Kliem, Kröger y Kosfelder, 2010; y Linehan et al., 1999). Se ha encontrado que es adecuada y efectiva en adolescentes (Groves, Backer, Van den Bosch y Miller, 2012). Ha mostrado efectividad en adherencia (Linehan et al., 1999), pocos días de hospitalización (Linehan et. al, 1991) y reducción del uso de sustancias (Linehan et al., 2002). Aun así, ha habido pocos estudios base y limitaciones metodológicas (Scheel, 2000), existiendo resultados a largo plazo que revelan una imagen mixta, sugiriendo que la fuerza de los efectos del tratamiento en algunas dimensiones disminuye pasados 6 meses (Linehan et al., 2002; y Van den Bosch et al., 2005). Sumado a esto, en diversos estudios no se ha encontrado ningún efecto significativo sobre la frecuencia de autolesiones (Feigenbaum et al., 2012; Linehan et al., 1999; Linehan et al., 2002; y McMain et al., 2009). Sin embargo, la TDC fue la primera terapia específica para TLP evaluada minuciosamente (Linehan et al., 1991), y sigue siendo el tratamiento específico con la mayor rigurosidad empírica (Clarkin, Levy, Lenzenweger y Kernberg, 2007; Linehan et al., 2006; y McMain et al., 2009).

Para poder estudiar a fondo la efectividad de la TDC sobre el TLP, se han llevado a cabo ciertas revisiones sistemáticas y metaanálisis tanto con resultados moderados (véase Kliem et al., 2010; y McLaughlin et al., 2019) como moderados-bajos (DeCou, Comtois y Landes, 2019).

Según Haidich (2010), el metaanálisis podría definirse como uno de los procedimientos estadísticos con mayor evidencia clínica, surgiendo regularmente en la literatura a finales del año 1970, convirtiéndose en el formato científico más asiduamente citado (Patsopoulos, Analatos y Ioannidis, 2005). Según Plasher y Wagenmakers (2012), en medio de este crecimiento de revisiones sistemáticas, emergió una falta de confianza en las investigaciones. Todo surgió con la aparición del caso fraudulento “the Diederik Stapel” (véase Stroebe, Postmes y Spears, 2012). A raíz de esta publicación, Wicherts, Bakker y Molenaar (2011) reportaron que algunos autores no comparten sus resultados para desarrollar un segundo análisis. Además, Simmons, Nelson y Simonsohn (2011) expusieron lo fácil que resultaba obtener diferencias significativas sin efectos reales utilizando prácticas cuestionables, como la publicación únicamente de resultados significativos. Por si fuese poco, muchos investigadores admitieron realizar estas prácticas, tanto el no reportar todas las medidas dependientes del estudio como publicar solo aquellas que funcionaban (John, Loewenstein y Prelec, 2012). Estas prácticas tienden a aumentar los ratios de falsos positivos e inflar los tamaños de efecto (Ioannidis, 2008; Simmons et al., 2011). Además, debe añadirse los comunes pequeños tamaños de efecto de muestras pequeñas que son usados y la baja potencia que es frecuente encontrar en la literatura, pudiendo dar lugar al problema del cajón de archivos (Cohen, 1990).



Ante esto, el metaanálisis otorga resultados más precisos de los efectos, añade poblaciones diversas, es más valioso que estudios individuales, resuelve hipótesis y controversias, y genera planteamientos (Haidich, 2010). Según Koole y Lakens (2012) esta forma de replicación permite separar los resultados no fiables, evitando fraudes. Para ello, el metaanálisis tiene en cuenta diversos factores, como la heterogeneidad estadística, siendo la diferencia entre los resultados más allá del azar (Sterne et al., 2011). Retomando a Haidich (2010), lo deseable en un metaanálisis es que los estudios muestren la mayor homogeneidad posible. Otro factor en consideración es el sesgo de publicación. Haidich (2010) puntualiza que este sesgo surge cuando la diseminación de resultados está dirigida por la dirección y naturaleza de los mismos, ya que aquellos hallazgos deseados que sean significativos (sobre todo en grandes estudios) tendrán más probabilidades de ser publicados rápidamente, en inglés, publicados más de una vez, en revistas de alto impacto y citados por otros (Hopewell, Loudon, Clarke, Oxman y Dickersin, 2009).

El presente estudio constituye un metaanálisis con el objetivo de valorar la eficacia de la Terapia Dialéctica Conductual (Linehan, 1993a) frente a un grupo control en diversos ámbitos psicopatológicos relacionados con el trastorno límite de personalidad (APA, 2013). La hipótesis que se plantea es que la TDC tendrá un potencial significativamente mayor al tratamiento usual (condición control) en revertir e intervenir en los aspectos psicológicos relacionados con este trastorno.

## **Método**

### ***Procedimiento***

Se llevó a cabo una búsqueda a través de la base de datos PuntoQ de la Universidad de la Laguna. Para abarcar la mayor cantidad de artículos útiles, se realizó una segunda indagación en las bases PsycArticles y Web of Science. Los términos de búsqueda fueron en inglés, siendo “randomized controlled trial”, “borderline personality disorder” y “Dialectical Behavior Therapy.” Además, se realizaron especificaciones en los artículos, obteniendo solo aquellos que se encuentren entre los años 2000 y 2020, ya que se perseguía obtener un conjunto únicamente de las dos últimas décadas.

A la hora de cribar los resultados, se tuvo en cuenta que debía conseguirse un número entre 15 y 20 artículos, siguiendo modelos previos de anteriores metaanálisis (DeCou et al., 2019; y Kliem et al., 2010). En la Figura 1 se observa el proceso de selección para la obtención de la muestra de investigaciones.

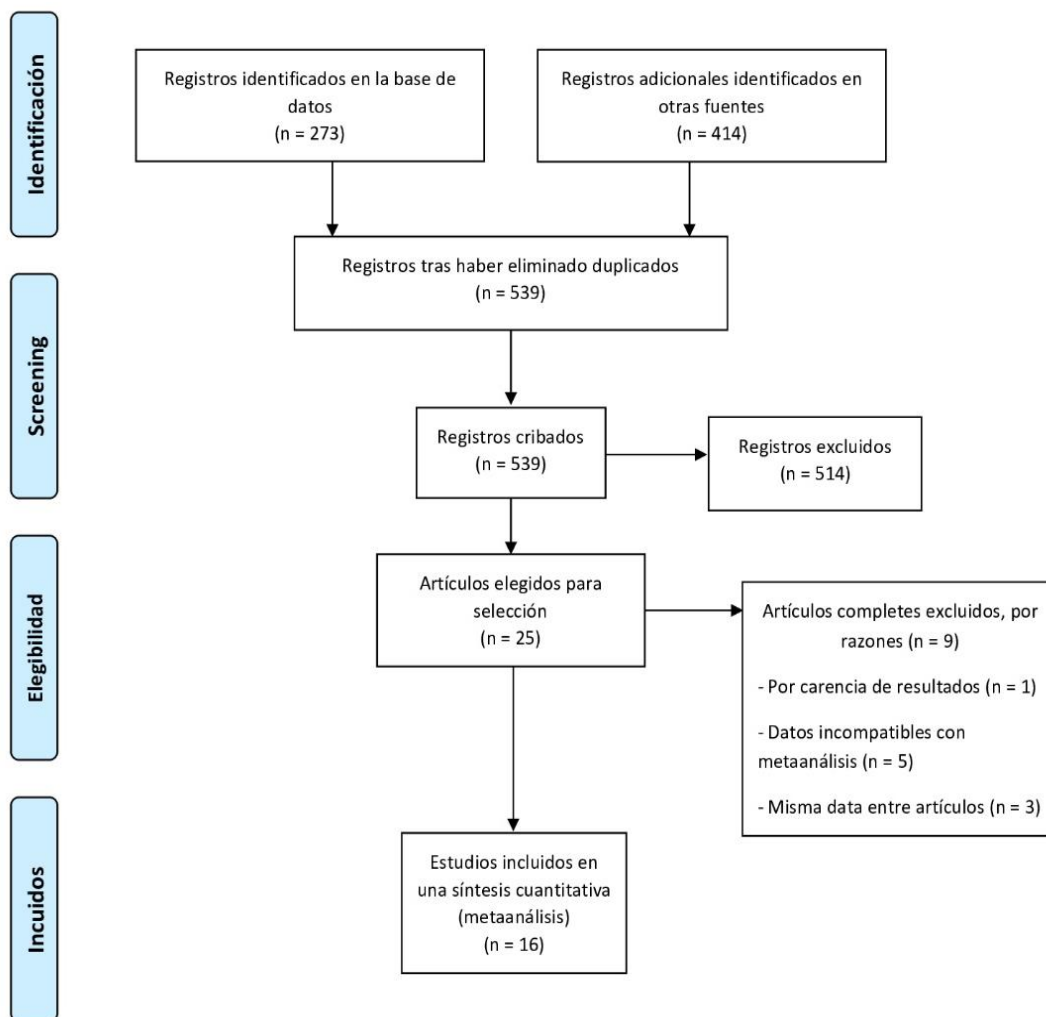


Figura 1. Proceso de selección de estudios representado a través del diagrama de flujo PRISMA (Moher, 2009)

Los estudios cumplieron los siguientes criterios de inclusión: (a) artículos controlados aleatorizados y no aleatorizados sobre la eficacia de la TDC frente a un grupo control; (b) los participantes debían mostrar criterios TLP a través de la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II personality disorders (*SCID-II*; First et al., 1997), sin necesidad de llegar al límite para realizar un diagnóstico (5 criterios de 9); (c) haber sido publicados entre los años 2000 y 2020; (d) TDC tanto en sus formas reducidas de tiempo (menos de 12 meses), modificadas (por ejemplo, específica para adolescentes) y con o sin

manejo de medicación; y (e) tener un grupo control activo, el cual consistiría en tratamientos comúnmente utilizados, como el manejo de medicación, terapias de diversas orientaciones (por ejemplo, psicodinámica) o el uso de listas de espera. En la Tabla 1 se pueden observar los estudios seleccionados, obteniendo un total de 1204 participantes.

Tabla 1  
*Estudios seleccionados para análisis*

Estudio	Tipo	N Tratamiento	N Control	Medi a edad	Tipo de TDC	Tipo de Control	Tests	Tiempo (meses + seg.)
Koons et al. (2001)	CA	10	10	34,5	TDC + PFC	TU + PFC	PHI, BSS, BDI, Ham- D, STAXI, THI	6
Bohus et al. (2004)	CnA	31	19	29,1	TDC + PFC	TU + LE + PFC	SCL-90-R, BDI, Ham- D, STAXI	4
Van den Bosch et al. (2005)	CA	27	31	34,9	TDC + PFC	TU + PFC	BPD-SI, LPC	12
Linehan et al. (2006)	CA	52	49	29,3	TDC + PFC	TCPE + PFC	SBQ-23, THI, Ham- D	12 + 12
Soler et al. (2009)	CA	29	30	28,45	TDC - EH+ PFC	GET + PFC	DIB-R, CGI-BPD, Ham-D, SCL-90-R	3
Carter et al. (2010)	CA	37	33	24,5	TDC	TU + LE	LPC-2, PHI-2	6
Pasieczny Connor (2010)	CnA	41	43	33,58	TDC +PF C	TU + LE + PFC	BDI-II, BSS, BSI- GSI	6
McMairn et al. (2009)	CA	85	82	30,4	TDC + PFC	MPG + PFC	SASI-I, THI, ZAN- BPD, SCL-90-R, STAXI, BDI-II,	12
Feigenbaum et al. (2012)	CA	25	16	35,4	TDC + PFC	TU + PFC	CORE- OM, SASI-I, THI, BDI- II, STAXI	12
Pistorello et al. (2012)	CA	31	32	20,86	TDC - A + PFC	TU-O + PFC	BDI-II, SBQ-23	12 + 6

Priebe et al. (2012)	CA	40	40	32,2	TDC	TU	ZAN-BPD, BSI	12
Neacsiu et al. (2014)	CA	52	49	29,3	TDC + PFC	TCPE + PFC	STAXI	12 + 12
Andreasson et al. (2016)	CA	57	51	31,69	TDC + PFC	ECMS + PFC	Ham-D, BDI-II, BSI	3,7 + 3
Gregory y Sachdeva (2016)	CnA	25	16	36,6	TDC + PFC	TU + PFC	BEST, PDSQ, BDI, SDS, SBQ	12
McMannin et al. (2017)	CA	42	42	29,67	TDC -EH	LE+TU+ PFC	DSHI, BSL-23, STAXI, SCL-90-R, BDI-II	4,6 + 3
Mehlman et al. (2014)	CA	39	38	15,6	TDC - A+P FC	CUM+PFC	LPC, SIQ-JR, MADRS, BSL-23	4,3

BDI: Beck Depression Inventory; BDI-II: Beck Depression Inventory-II; BEST: Borderline Evaluation of Severity Over Time; BSI: Borderline Syndrome Index; BSI-GSI: Brief Symptom Inventory-Global Severity Index; BSL-23: Borderline Symptom List; BSS: Beck Scale for Suicidal Ideation; CA: controlado y aleatorizado; CGI-BPD: Clinical Global Impression scale for Borderline Personality Disorder; CnA: controlado y no aleatorizado; CUM: Cuidados Usuales Mejorados; DIB-R: Diagnostic Interview for Borderlines-Revised; DSHI: Deliberate Self-Harm Inventory; ECMS: Evaluación Colaborativa y Manejo de Suicidio; GET: Grupo Estándar de Terapia; Ham-D: Hamilton Depression Rating Scale-25 item; LE: Lista de Espera; MADRS: Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale; MPG: Manejo Psiquiátrico General; PFC: Psicofármacos; PHI: Parasuicide History Interview; PHI-2: Parasuicide History Interview-2; SASI-I: Suicide Attempt Self-Injury Interview; SBQ: Suicidal Behaviors Questionnaire; SCL-90-R: Symptom Checklist-90-Revised; Seg: seguimiento; SIQ-JR: 15-item self-report Suicidal Ideation Questionnaire; STAXI: Spielberg Anger Expression Scale; TU: Tratamiento Usual; TU-O: Tratamiento Usual-Optimizado; TDC: Terapia Dialéctica Conductual; TDC-A: Terapia Dialéctica Conductual-Adolescentes; TDC-EH: Terapia Dialéctica Conductual-Entrenamiento de Habilidades; THI: Treatment History Interview; TCPE: Tratamiento Común por Expertos; ZAN-BPD: Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder

### *Análisis estadístico*

Se llevó a cabo un análisis estadístico a través del software R (R Core Team, 2017) y la herramienta ULLRToolbox (Hernández y Betancort, 2016), utilizando la librería metafor (Viechtbauer, 2010). Se realizó un análisis de estimación de diferencias de medias estandarizadas y desviaciones típicas obtenidas en postratamiento en las condiciones control y tratamiento, con y sin variables moderadoras para evaluar la heterogeneidad a partir de un análisis de metarregresión, las cuales fueron: variables de población y variables

de diseño de los estudios (Tabla 2).

Se utilizó un modelo de efectos aleatorios en los distintos análisis, asumiendo la existencia de heterogeneidad en los estudios evaluados. Además de valorar la heterogeneidad por medio del estadístico Cochran  $Q$  (Patil, 1975) y el parámetro  $I^2$  (Higgins y Thompson, 2002), fue analizado el sesgo de publicación a través del test de regresión funnel plot (Egger et al., 1997) y por medio del test de asimetría, además del tamaño del efecto entre las condiciones por medio de la delta de Cohen ( $d$ , Kelley y Preacher, 2012).

VARIABLES	CONTENIDO DE VARIABLES
<b>VARIABLES DE POBLACIÓN</b>	Edad; abandono; nivel económico; nivel educativo; situación marital; y población veterana
<b>VARIABLES DE DISEÑO</b>	Tiempo de tratamiento; aleatorización; uso de la TDC original; uso del análisis intent to treat (ITT); ceguera de evaluadores; supervisión de los terapeutas; entrenamiento TDC para los terapeutas; tratamiento ambulatorio; y evaluación de adherencia

## Resultados

De los dieciséis artículos seleccionados, no hubo una variable evaluada por todos, siendo la depresión la más frecuente con doce estudios analizándola, seguida de la evaluación de las autolesiones con nueve estudios, la severidad de los criterios TLP con ocho estudios, la evaluación de la ira exteriorizada con siete estudios y seis estudios tanto

en ideación suicida como síntomas psiquiátricos generales. Todas aquellas variables que se encontraran en cinco estudios o menos fueron excluidas.

Se encontraron resultados mixtos en los estudios seleccionados, resultando en cinco no mostrando diferencias significativas entre condiciones en la variable depresión (Andreasson et al., 2016; Feigenbaum et al., 2012; Linehan et al., 2006; McMMain et al., 2009; y McMMain et al., 2017); cuatro estudios mostrando diferencias no significativas en la variable autolesión (Carter et al., 2010; Gregory y Sachdeva, 2016; Feigenbaum et al., 2012; y McMMain et al., 2009); únicamente dos avalando diferencias significativas en criterios TLP (McMMain et al., 2017; y Pistorello et al., 2012); tres estudios no encontraron diferencias significativas en la variable ira exteriorizada (Bohus et al., 2004; Feigenbaum et al., 2012; y McMMain et al., 2009); la mitad de los estudios que evaluaron la variable ideación suicida encontraron diferencias no significativas (Andreasson et al., 2016; Linehan et al., 2006; y Pasieczny y Connor, 2010); y dos artículos en los que no se encontraron diferencias significativas en la variable síntomas psiquiátricos generales (McMMain et al., 2009; y Priebe et al., 2012).

Con respecto al análisis de la variable depresión, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño y estadísticamente significativo ( $d = 0.44$ ,  $p < 0.01$ ), mostrando gran heterogeneidad ( $I^2 = 74.88\%$ ,  $p < 0.001$ ). El test de asimetría demostró que los datos son simétricos ( $z = 1.10$ ,  $p = 0.268$ ), no existiendo sesgo en las publicaciones.

En cuanto al análisis de metarregresión, no se encuentran variables significativas.

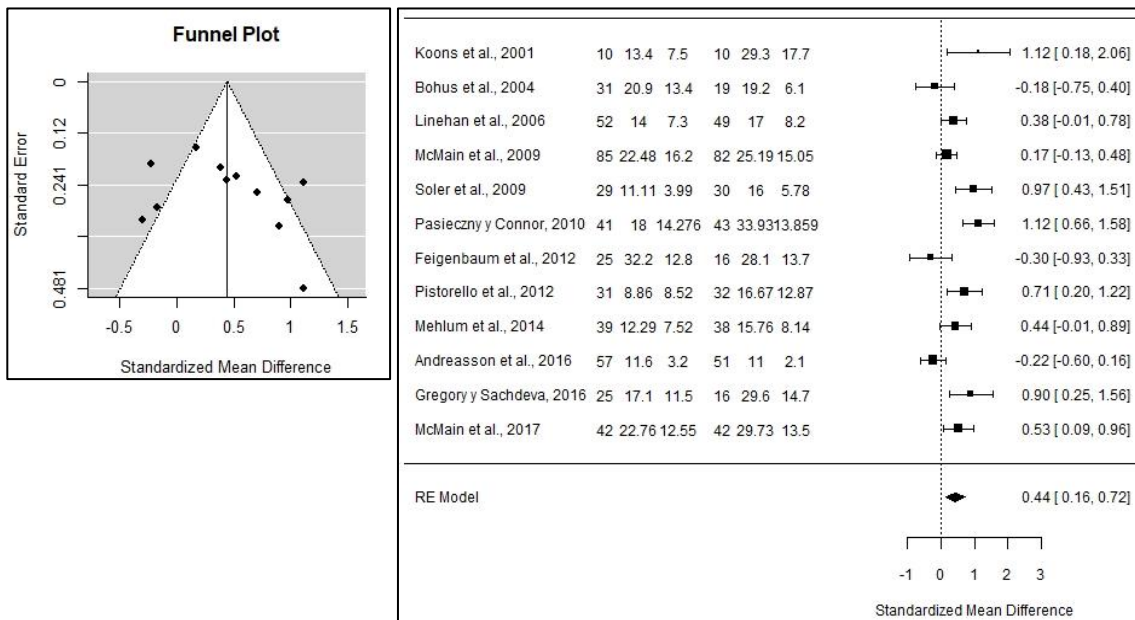


Figura 2. Funnel Plot y Forest Plot de la variable depresión

Con respecto al análisis de la variable criterios TLP, se obtuvo un tamaño de efecto medio y estadísticamente significativo ( $d = 0.58$ ,  $p < 0.001$ ), mostrando heterogeneidad ( $I^2 = 55.99\%$ ,  $p < 0.05$ ). El test de asimetría demostró que los datos son simétricos ( $z = 1.13$ ,  $p = 0.257$ ), no existiendo sesgo en las publicaciones.

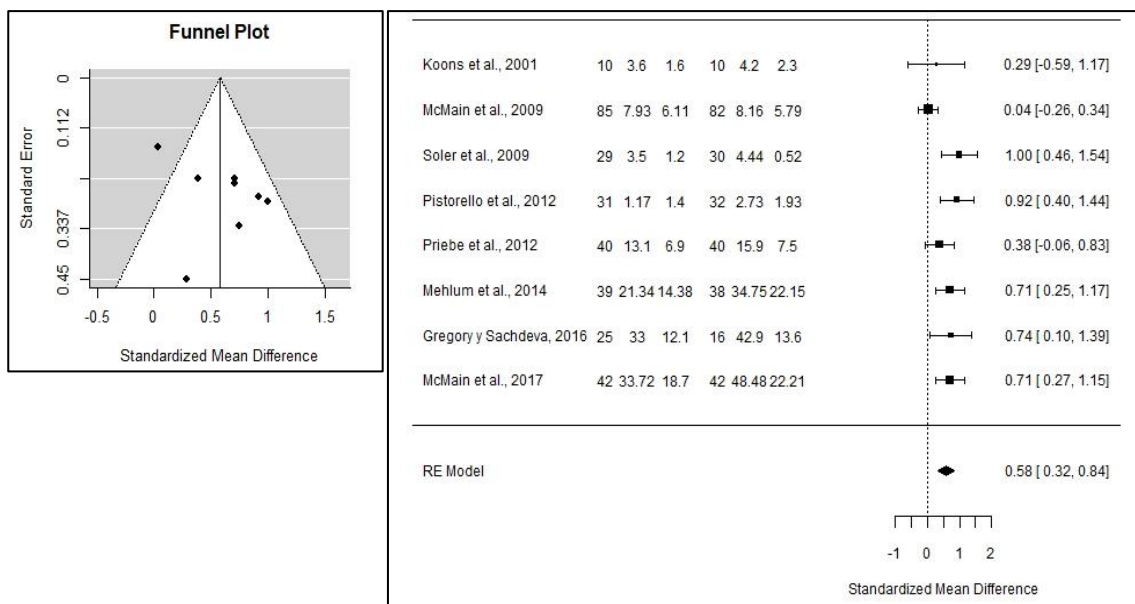


Figura 3. Funnel Plot y Forest Plot de la variable criterios TLP



Con respecto al análisis de metarregresión, se encuentra un tamaño del efecto grande y estadísticamente significativo cuando valoramos el uso de la TDC sin adulteraciones ( $d = 0.80$ ,  $p < 0.001$ ,  $B = -0.64$ ,  $p < 0.01$ ), lo cual indica que por cada muestra en la que se usa el programa de TDC propuesto por Linehan (1993a y 1993b), aumenta un 64% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.84$ ) y existencia de simetría ( $t = 1.421$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.2146$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones. Por otra parte, se encuentra un tamaño del efecto mediano y estadísticamente significativo cuando valoramos el tiempo completo de la TDC ( $d = 0.772$ ,  $p < 0.001$ ,  $B = -0.623$ ,  $p < 0.01$ ), indicando que por cada duración íntegra de dicha terapia aumenta un 62% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.695$ ) y existencia de simetría ( $t = -0.0307$ ,  $df = 5$ ,  $p = 0.9767$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones.

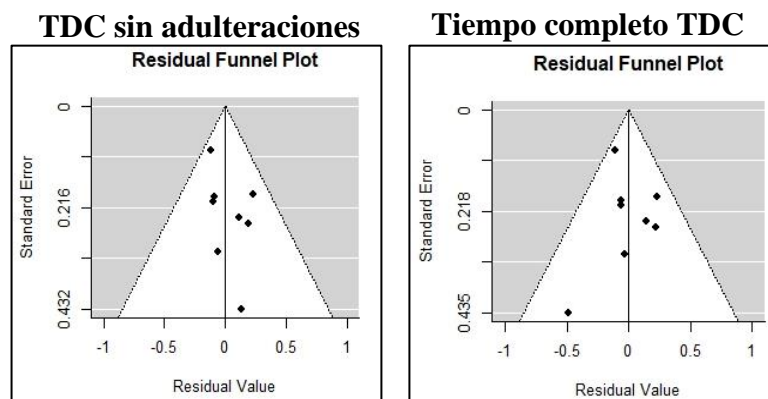


Figura 4. Funnel Plot de la variable criterios TLP con moderadoras

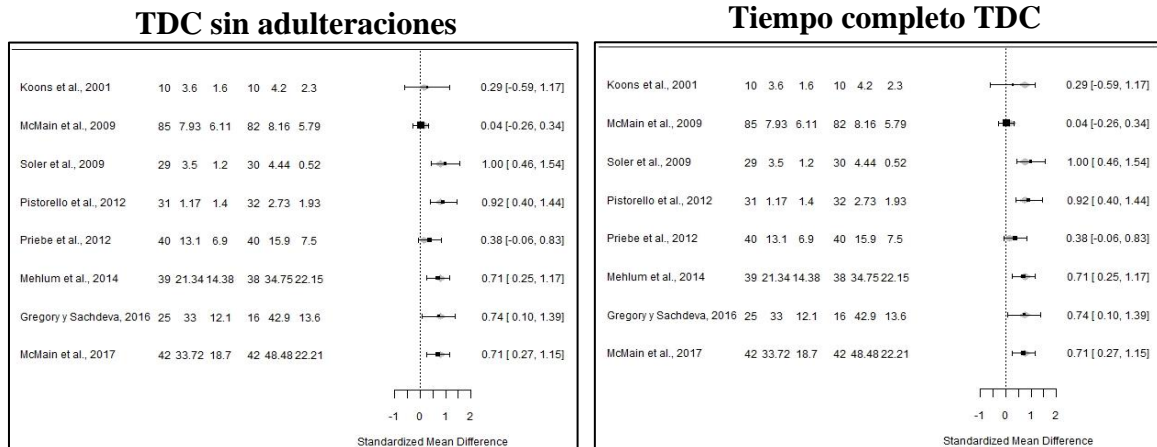


Figura 5. Forest Plot de la variable criterios TLP con moderadoras

Con respecto al análisis de la variable autolesiones, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño y estadísticamente significativo ( $d = 0.368$ ,  $p < 0.01$ ), no mostrando heterogeneidad ( $I^2 = 11.70\%$ ,  $p = 0.43$ ). El test de asimetría demostró que los datos son simétricos ( $z = 0.09$ ,  $p = 0.925$ ), no existiendo sesgo en las publicaciones.

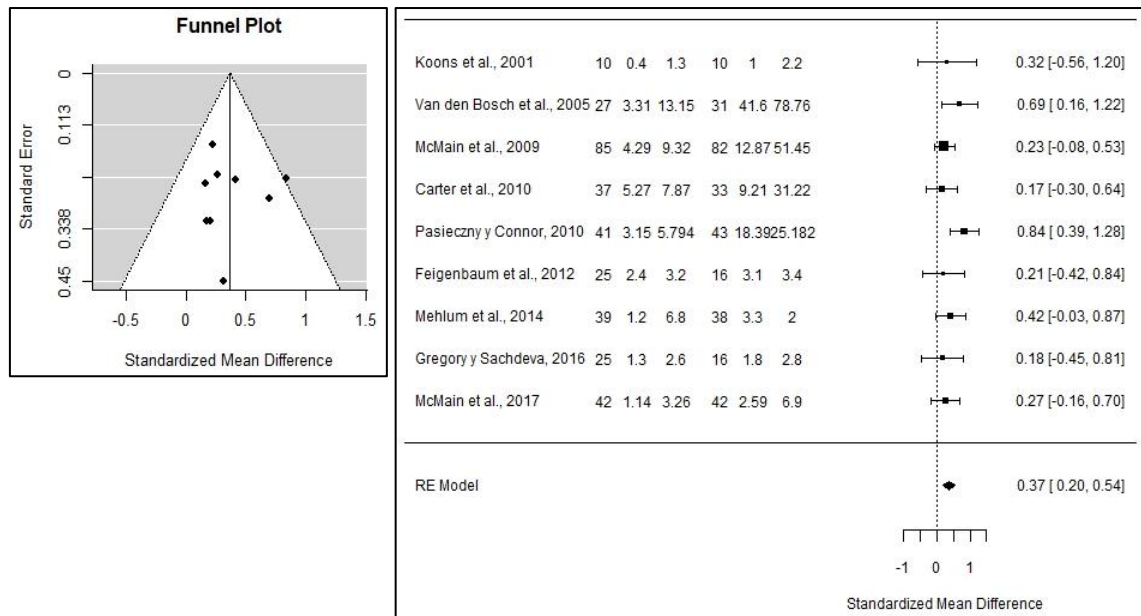


Figura 6. Funnel Plot y Forest Plot de la variable autolesiones



Con respecto al análisis de la variable ira exteriorizada, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño y marginalmente significativo ( $d = 0.413$ ,  $p = 0.06$ ), mostrando gran heterogeneidad ( $I^2 = 72.07\%$ ,  $p < 0.001$ ). El test de asimetría demostró que los datos son simétricos ( $z = 0.58$ ,  $p = 0.56$ ), no existiendo sesgo en las publicaciones.

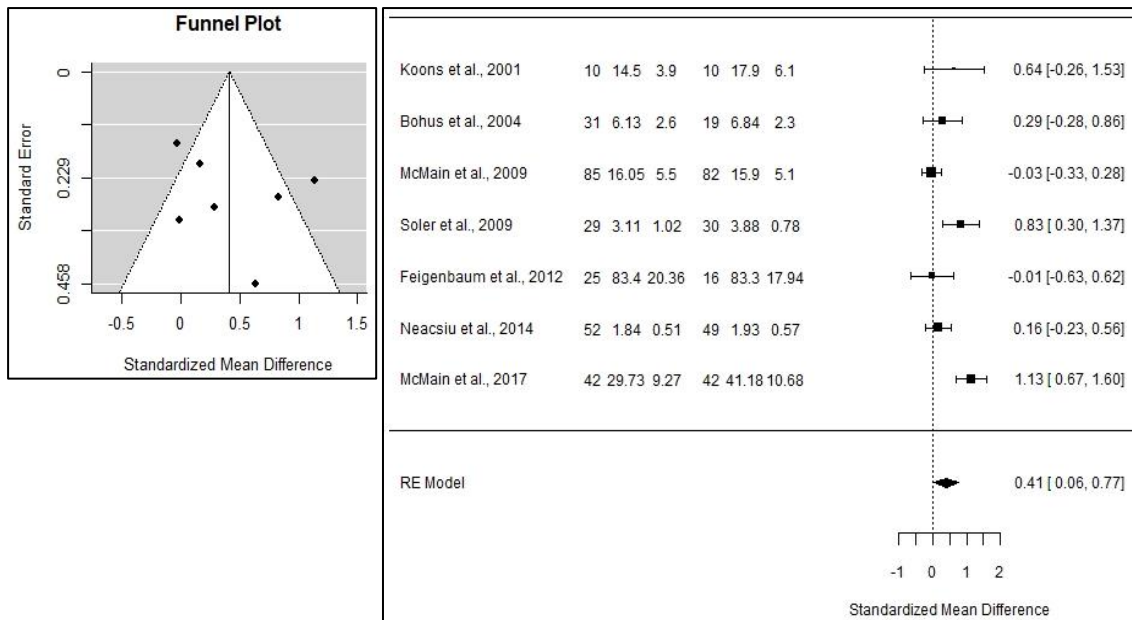


Figura 9. Funnel Plot y Forest Plot de la variable ira exteriorizada

En referencia al análisis de metarregresión, se encuentra un tamaño del efecto grande y estadísticamente significativo cuando valoramos el tiempo de tratamiento ( $d = 1.06$ ,  $p < 0.05$ ,  $B = -0.083$ ,  $p < 0.05$ ), lo cual indica que, por cada mes de tratamiento, aumenta un 8.3% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.76$ ) y existencia de simetría ( $t = -0.287$ ,  $df = 6$ ,  $p = 0.78$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones. Del mismo modo, se encuentra un tamaño del efecto grande y estadísticamente significativo cuando valoramos el uso de la TDC sin adulteraciones ( $d = 1.00$ ,  $p < 0.01$ ,  $B = -0.90$ ,  $p < 0.01$ ), lo cual indica que por cada muestra en la que se usa el

programa de TDC propuesto por Linehan (1993a y 1993b), aumenta un 90% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.64$ ) y existencia de simetría ( $t = 1.562$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.193$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones. Por otra parte, se encuentra un tamaño del efecto medio y estadísticamente significativo cuando valoramos el tiempo completo de la TDC ( $d = 0.78$ ,  $p < 0.01$ ,  $B = -0.744$ ,  $p < 0.05$ ), indicando que por cada duración íntegra de dicha terapia aumenta un 74% el tamaño del efecto. Se observa homogeneidad ( $I^2 = 15.18\%$ ,  $p = 0.32$ ) y existencia de simetría ( $t = -0.63$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.56$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones. En último lugar, se encuentra un tamaño del efecto grande y estadísticamente significativo cuando valoramos la supervisión de los terapeutas ( $d = 1.00$ ,  $p < 0.001$ ,  $B = -0.90$ ,  $p < 0.01$ ), lo cual indica que, por cada uso de dicha variable en los estudios, aumenta un 90% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.64$ ) y existencia de simetría ( $t = 1.562$ ,  $df = 4$ ,  $p = 0.193$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones.

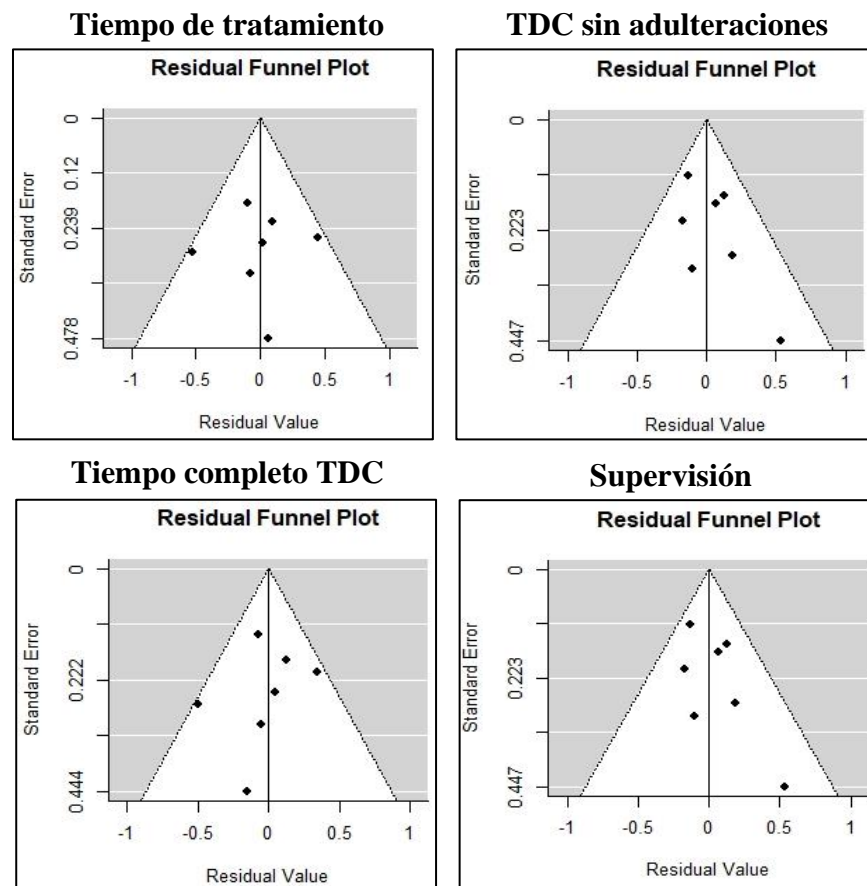


Figura 10. Funnel Plot de la variable ira exteriorizada con moderadoras

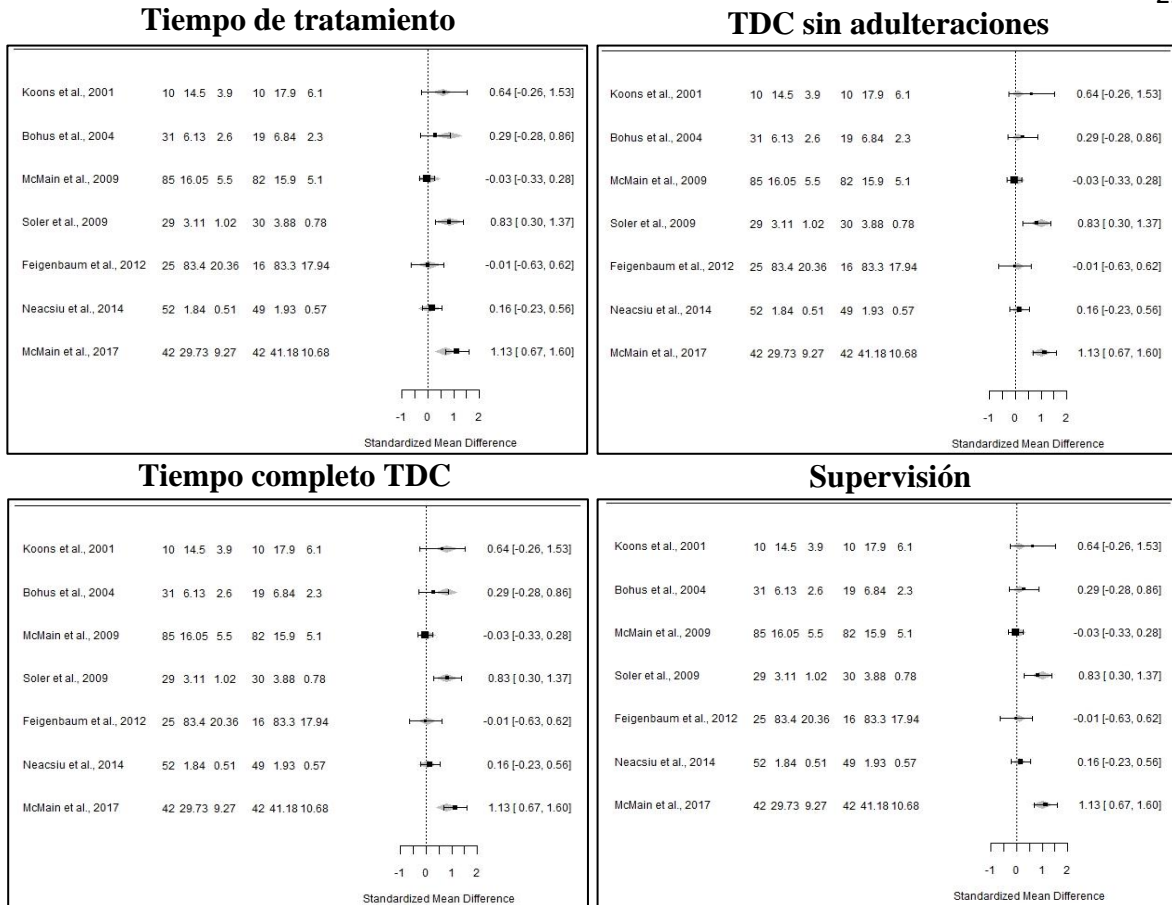


Figura 11. Forest Plot de la variable ira exteriorizada con moderadoras

Con respecto al análisis de la variable ideación suicida, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño y no significativo ( $d = 0.321$ ,  $p = 0.34$ ), mostrando gran heterogeneidad ( $I^2 = 91.49\%$ ,  $p < 0.001$ ). El test de asimetría demostró que los datos son simétricos ( $z = 1.41$ ,  $p = 0.15$ ), no existiendo sesgo en las publicaciones.

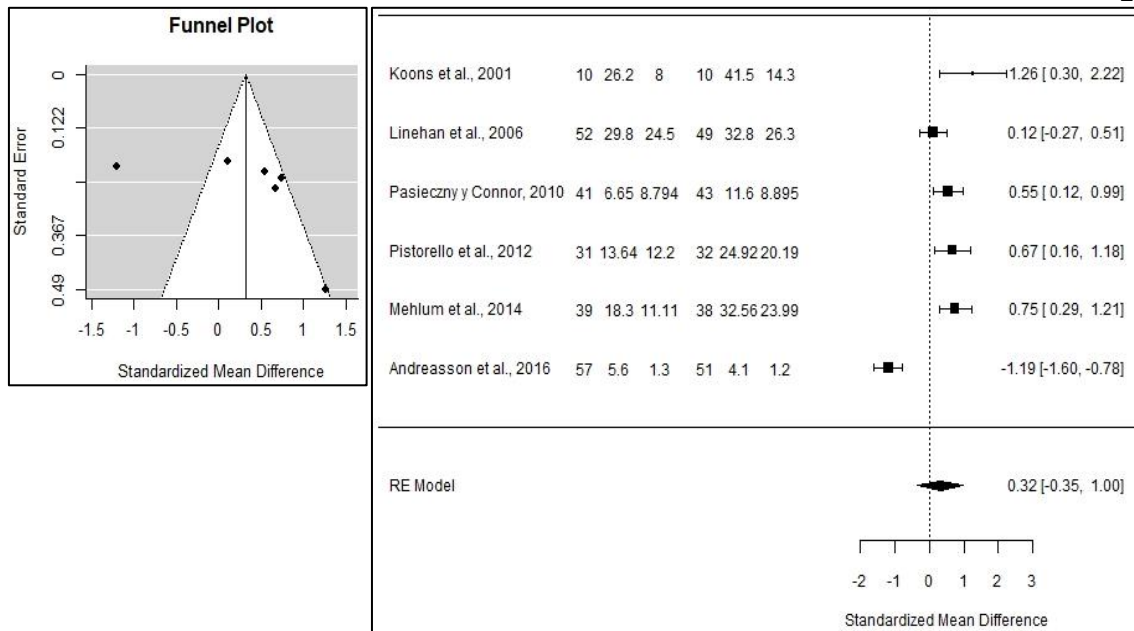


Figura 12. Funnel Plot y Forest Plot de la variable ideación suicida

Con respecto al análisis de metarregresión, no se encuentran variables significativas.

Con respecto al análisis de la variable síntomas psiquiátricos generales, se obtuvo un tamaño de efecto pequeño y significativo ( $d = 0.4831$ ,  $p < 0.05$ ), mostrando heterogeneidad ( $I^2 = 63.62\%$ ,  $p < 0.05$ ). El test de asimetría demostró que los datos son asimétricos ( $z = 3.23$ ,  $p < 0.01$ ), existiendo sesgo en las publicaciones.



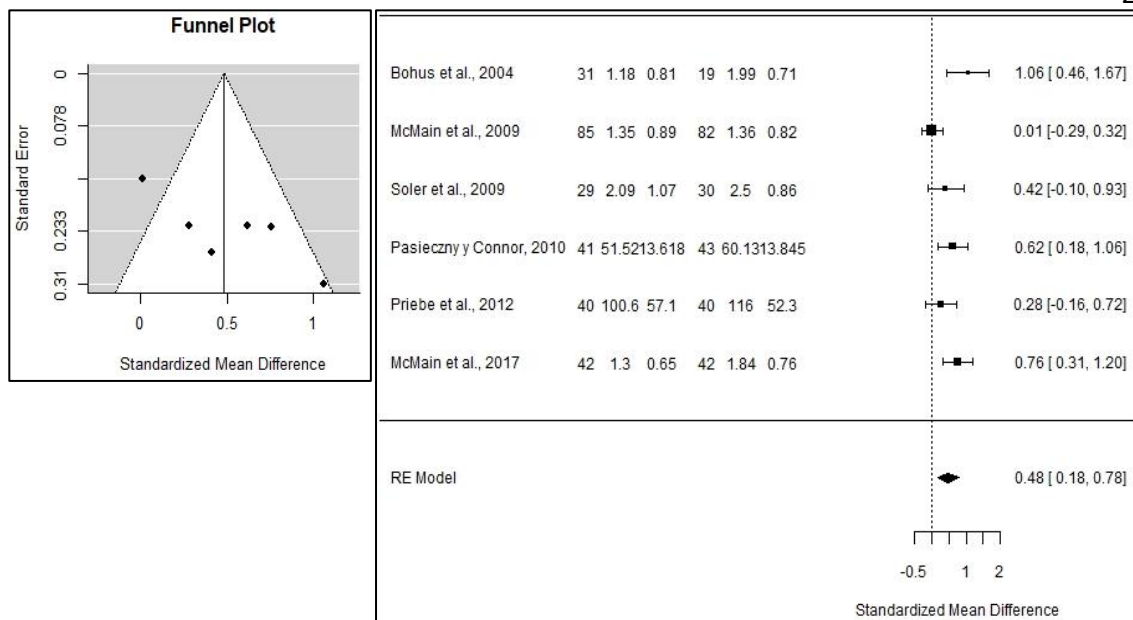


Figura 13. Funnel Plot y Forest Plot de la variable síntomas psiquiátricos generales

En cuanto al análisis de metarregresión, se encuentra un tamaño del efecto grande y estadísticamente significativo cuando valoramos el tiempo de tratamiento ( $d = 1.006$ ,  $p < 0.01$ ,  $B = -0.074$ ,  $p < 0.05$ ), lo cual indica que, por cada mes de tratamiento, aumenta un 7.4% el tamaño del efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0.01\%$ ,  $p = 0.40$ ) y existencia de simetría ( $t = 1.077$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.36$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones. Asimismo, se encuentra un tamaño del efecto medio y estadísticamente significativo cuando valoramos más del 30% de abandono en el grupo tratamiento ( $d = 0.76$ ,  $p < 0.01$ ,  $B = -0.608$ ,  $p < 0.05$ ), indicando que por cada abandono en dicha condición aumenta un 60% el tamaño del efecto. Se observa homogeneidad ( $I^2 = 0\%$ ,  $p = 0.479$ ) y existencia de asimetría ( $t = 7.538$ ,  $df = 3$ ,  $p < 0.01$ ), mostrando sesgo en las publicaciones. Finalmente, se encuentra un tamaño del efecto medio y estadísticamente significativo cuando valoramos el tiempo completo de la TDC ( $d = 0.687$ ,  $p < 0.01$ ,  $B = -0.59$ ,  $p < 0.05$ ), indicando que por cada duración íntegra de dicha terapia aumenta un 59% el tamaño del

efecto. Se observa gran homogeneidad ( $I^2 = 0.01\%$ ,  $p = 0.45$ ) y existencia de simetría ( $t = 1.406$ ,  $df = 3$ ,  $p = 0.254$ ), no mostrando sesgo en las publicaciones.

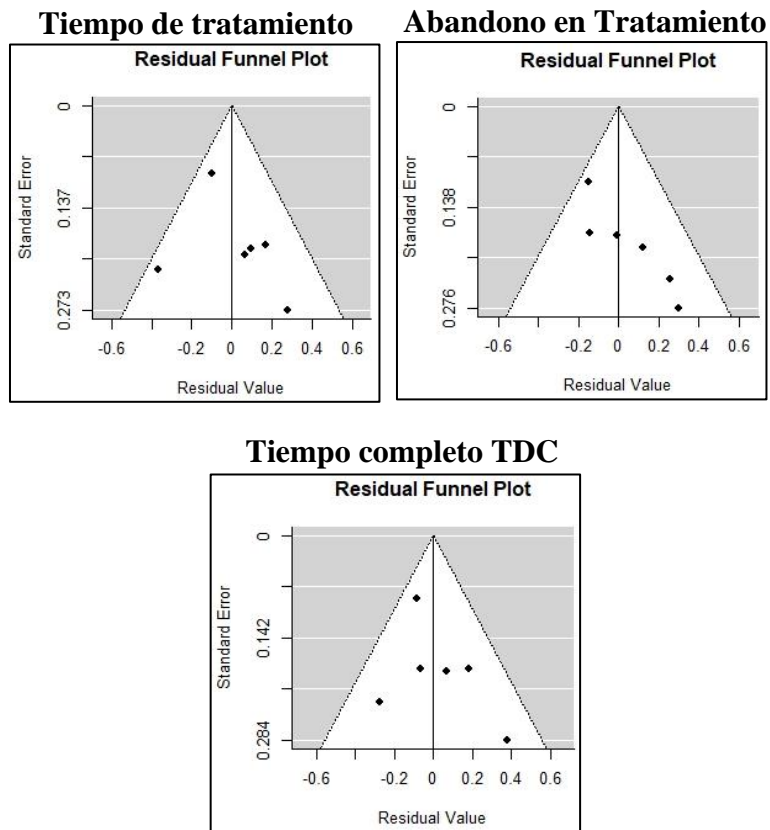


Figura 14. Funnel Plot de la variable síntomas psiquiátricos generales con moderadoras

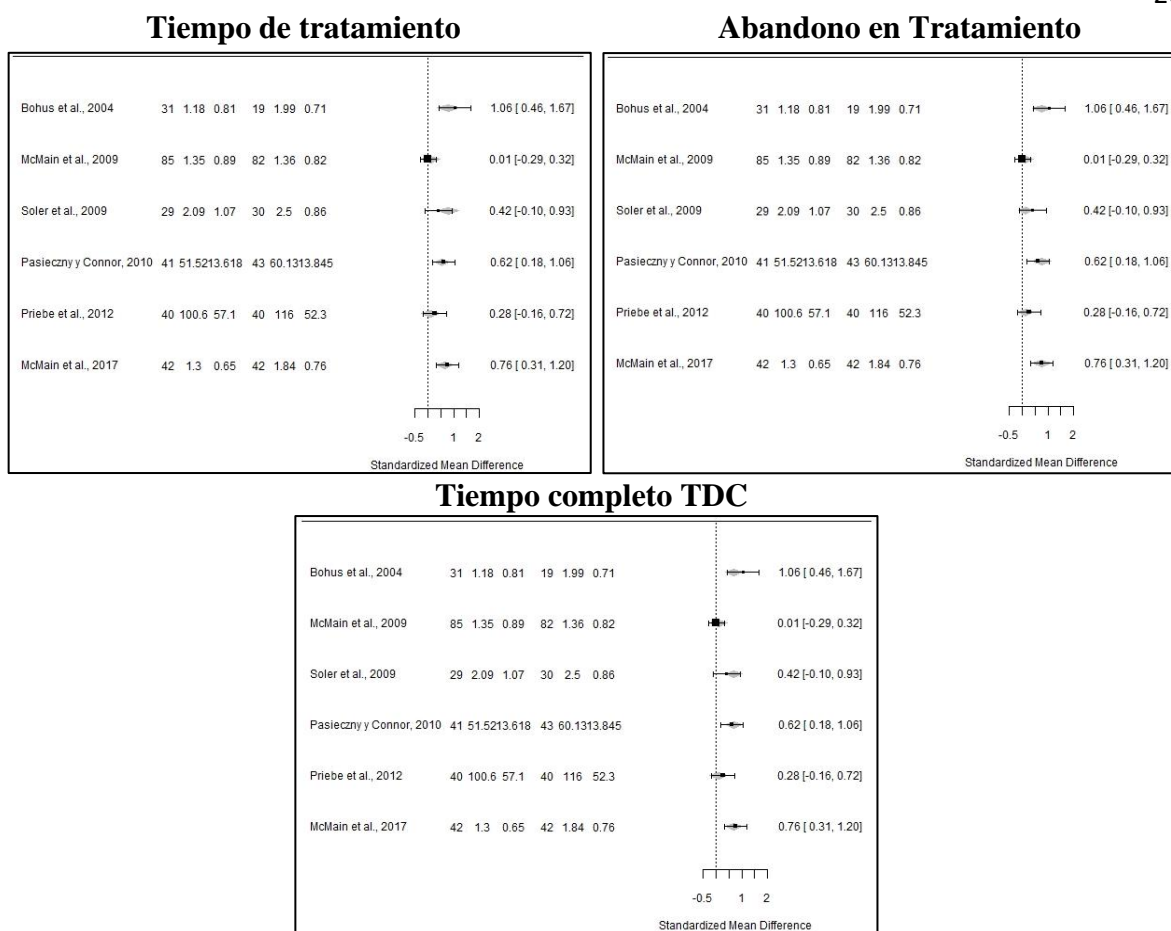


Figura 15. Forest Plot de la variable síntomas psiquiátricos generales con moderadoras

## Discusión

El presente metaanálisis muestra que la TDC produce un tamaño de efecto medio en la severidad de criterios del TLP. Asimismo, muestra un tamaño de efecto pequeño en depresión, frecuencia de autolesiones, exteriorización de la ira, ideación suicida y síntomas psiquiátricos generales. Los análisis revelan valores semejantes en ideación suicida e ira exteriorizada a otro metaanálisis cuando valoramos sus rangos de efecto y significancia, aunque en este caso la expresión de la ira mostró ser marginalmente significativa (véase

DeCou et al., 2019). Además, la severidad de los criterios TLP muestra mayores efectos en otros metaanálisis (McLaughlin et al., 2019).

Los resultados sobre la severidad de los criterios del TLP, depresión, síntomas psiquiátricos generales y frecuencia de autolesiones apoyan a los encontrados en otros estudios (Kliem et al., 2010; y Linehan et al., 1999), aunque debe recalcar el bajo tamaño de efecto obtenido en estas últimas variables, indicando que se puede estar sobreestimando el potencial terapéutico de la TDC. Sumado a esto, la variable expresión de ira sí ha resultado marginalmente significativa, difiriendo de los obtenidos por Linehan et al. (1999). Por otro lado, la ideación suicida no ha resultado significativa, encontrando resultados en otro estudio que abalan los datos obtenidos (Andreasson et al., 2016), lo cual resulta preocupante, ya que es uno de los objetivos primarios y fundamentales que se contemplan en la TDC (Linehan 1993a). Al encontrarse resultados significativos en la frecuencia de autolesiones, esto puede sugerir un efecto de la terapia únicamente efectivo sobre el factor conductual del suicidio, y no sobre el nivel cognitivo (pensamiento o planteamiento). Esta conclusión puede también encontrarse en otro metaanálisis (DeCou et al., 2019).

Por otra parte, resulta remarcable la gran cantidad de alteraciones que realizan diversos autores sobre la TDC, influyendo los mismos en la heterogeneidad de los estudios seleccionados, modificando aspectos de temporalidad (por ejemplo, Carter et al., 2010) y formato de esta terapia (por ejemplo, Soler et al., 2009), por lo que sus resultados suelen hacer más referencia a la adaptación que se ha realizado que a la terapia originalmente creada por Linehan (1993a). Asimismo, la influencia del abandono en el grupo tratamiento

supera en la mitad de los estudios seleccionados el criterio de más de un 70% de adherencia utilizado (McMain et al., 2017), lo cual apoya los resultados de Rizvi (2011) sobre los pobres beneficios que encuentran las personas diagnosticadas con TLP en el proceso terapéutico. En cambio, debe recalarse que las tasas de más del 30% de abandono se relacionan con aquellos estudios que no realizaron un tiempo completo de la TDC, por lo que puede haber una posible influencia de esta variable. Estos resultados sobre la gran heterogeneidad del diseño de los estudios y diversos usos de moderadores podemos encontrarlos en otros metaanálisis (Kliem et al., 2010; y McLaughlin et al., 2019).

Al igual que otros estudios, el metaanálisis realizado muestra una serie de limitaciones. En primer lugar, la selección de estudios resulta escasa. Variables como la ideación suicida, la cual se relaciona con el TLP (Linehan et al., 1999) contiene poco número de estudios que evalúan su impacto en los últimos veinte años. Además, no se logró identificar una variable que fuese presentada por el total de los estudios seleccionados, obteniendo un máximo de doce autores que reportan medidas relacionadas con la depresión. Por otro lado, otros factores de interés no pudieron ser puestos a análisis, debido a la escasez de reportes en la literatura científica, como es el intento de suicidio, la impulsividad, la internalización de la ira, la ansiedad, la desesperanza, la disociación, el ajuste social, la calidad de vida, el funcionamiento global, las hospitalizaciones y las visitas a centros de emergencia (APA, 2013; Gunderson et al., 2011; Lieb et al., 2004; Linehan et al., 1999; y Witt et al., 2018). Asimismo, se tenía el inconveniente de solo poder usar estudios que reportaran medias y desviaciones típicas, y no pudo hacerse uso de aquellos reportes de seguimiento, ya que no se tenía el suficiente número de estudios para poder

realizar un análisis de los datos a largo plazo. En último lugar, los criterios de inclusión de selección de estudios fueron muy flexibles. Esto podría verse como una ventaja, ya que permite un análisis más realista de la situación. Aun así, haber añadido estudios con una TDC adulterada, muestras pequeñas, estudios no aleatorizados y poblaciones con distintos niveles de severidad hace dudar sobre la validez de los resultados obtenidos.

La TDC da lugar a mejores resultados que el tratamiento usual en las personas diagnosticadas con TLP, tanto en la severidad de los criterios diagnósticos de dicho trastorno como de las variables psicológicas secundarias que se relacionan con el mismo, aunque sus efectos no se encuentran del todo remarcables. Ha de recalcarse que estas conclusiones se dan en un contexto de alta heterogeneidad en cuanto a variables relacionadas con los participantes y diseño de los estudios que son utilizados en la investigación. Por tanto, debe ejercerse un mayor hincapié en la homogeneización de los estudios, haciendo uso de la replicabilidad directa de la metodología utilizada, aumentar el número de estudios que evalúan el seguimiento de sus participantes y mejorar la rigurosidad con la que esta terapia se implementa, realizando un mayor énfasis en la severidad de los criterios diagnósticos y la cantidad de factores en los que puede incidir esta terapia.

### **Referencias bibliográficas**

American Psychiatric Association. (2001). *Practice guidelines for the treatment of patients with borderline personality disorder*. Arlington, Virginia: Author.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Andreasson, K., Krogh, J., Wenneberg, C., Jessen, H. K., Krakauer, K., Gluud, C., ... y Nordentoft, M. (2016). Effectiveness of dialectical behavior therapy versus collaborative assessment and management of suicidality treatment for reduction of self-harm in adults with borderline personality traits and disorder—A randomized observer-blinded clinical trial. *Depression and Anxiety*, 33(6), 520-530.
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization based treatment*. Oxford: Oxford University Press.
- Bender, D., Dolan, R., Skodol, A., Sanislow, C., Dyck, I., McGlashan, M., et al. (2001). Treatment utilization by patients with personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 158, 295-302.
- Benjamin, L. S. (1993). *Interpersonal diagnosis and treatment of personality disorders (2nd ed.)*. New York: Guilford.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. y Duggan, C. (2007a). Pharmacological interventions for people with borderline personality disorder.
- Binks, C. A., Fenton, M., McCarthy, L., Lee, T., Adams, C. E. y Duggan, C. (2007b). Psychological therapies for people with borderline personality disorder.
- Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., Limberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., ... y Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder: a controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 42(5), 487-499.

- Brown, M. Z., Comtois, K. A. y Linehan, M. M. (2002). Reasons for suicide attempts and nonsuicidal self-injury in women with borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 198e202.
- Carter, G. L., Willcox, C. H., Lewin, T. J., Conrad, A. M. y Bendit, N. (2010). Hunter DBT project: randomized controlled trial of dialectical behaviour therapy in women with borderline personality disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 162-173.
- Cervera Martínez, G., Haro Cortés, Gonzalo y Martínez-Raga, José. (2005). *Trastorno límite de la personalidad: Paradigma de la comorbilidad psiquiátrica*. Madrid: Médica Panamericana.
- Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. y Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: A multiwave study. *American journal of psychiatry*, 164(6), 922-928.
- Cohen, J. (1990). Things I have learned (thus far). *American Psychologist*, 45, 1304–1312.
- Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., et al. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of Personality Disorders*, 20, 450–465.
- DeCou, C. R., Comtois, K. A., & Landes, S. J. (2019). Dialectical behavior therapy is effective for the treatment of suicidal behavior: A meta-analysis. *Behavior therapy*, 50(1), 60-72.
- Egger, M., Smith, G. D., Schneider, M. y Minder, C. (1997). Bias in meta-analysis detected by a simple, graphical test. *Bmj*, 315(7109), 629-634.



Equipo de Expertos (2018). ¿Qué es la terapia dialéctica conductual? Valencia, España:

Universidad Internacional de Valencia. Recuperado de:

<https://www.universidadviu.es/terapia-dialectica-conductual/>

Feigenbaum J., Fonagy P., Pilling S., Jones A., Wildgoose A. y Bebbington P. E. (2012). A real-world study of the effectiveness of DBT in the UK National Health Service. *British Journal of Clinical Psychology*, 51(2), 121–141.

First, M. B., Benjamin, L. S., Gibbon, M., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (1997). *Structured clinical interview for DSM-IV Axis II personality disorders*. American Psychiatric Press.

Gregory, R. J. y Sachdeva, S. (2016). Naturalistic outcomes of evidence-based therapies for borderline personality disorder at a medical university clinic. *American journal of psychotherapy*, 70(2), 167-184.

Groves, S., Backer, H. S., Van den Bosch, W. y Miller, A. (2012). Dialectical behaviour therapy with adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 17(2), 65-75.

Gunderson JG, Stout RL, McGlashan TH, Shea MT, Morey LC, Grilo CM, et al. (2011). Ten-year course of borderline personality disorder: psychopathology and function from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Arch Gen Psychiatry*, 68, 827–837.

Haidich, A. B. (2010). Meta-analysis in medical research. *Hippokratia*, 14(Suppl 1), 29.

Hernández, J. A. y Betancort, M. (2016). ULLRToolbox. España. Recuperado de

<https://sites.google.com/site/ullrtoolbox/>

Higgins, J. P. y Thompson, S. G. (2002). Quantifying heterogeneity in a meta-analysis. *Statistics in medicine*, 21(11), 1539-1558.

- Hopewell S, Loudon K, Clarke MJ, Oxman AD, Dickersin K. (2009). Publication bias in clinical trials due to statistical significance or direction of trial results. *Cochrane Database of Systematic Review*, (1).
- Ioannidis, J. P. A. (2008). Why most discovered true associations are inflated. *Epidemiology*, 19, 640–648.
- John, L. K., Loewenstein, G. y Prelec, D. (2012). Measuring the prevalence of questionable research practices with incentives for truth-telling. *Psychological Science*, 23, 524–532.
- Kelley, K. y Preacher, K. J. (2012). On effect size. *Psychological methods*, 17(2), 137.
- Kliem, S., Kröger, C. y Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 936–951.
- Koole, S. L. y Lakens, D. (2012). Rewarding replications: A sure and simple way to improve psychological science. *Perspectives on Psychological Science*, 7(6), 608-614.
- Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q., et al. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy women veterans with borderline personality disorder. *Behavioral Therapy*, 32, 371–390.
- Lieb, K., Zanarini, M., Schmahl, C., Linehan, M. y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *The Lancet*, 364(9432), 453-461.
- Linehan, M. M. (1993a). *Cognitive behavioral therapy of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.

- Linehan, M. M. (1993b). *Skills training manual for borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., et al. (2006). Two-year randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and borderline personality disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63, 757–766.
- Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P. y Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13-26.
- Linehan, M. M., Schmidt, H. I., Dimeff, L. A., Craft, J. C., Kanter, J. y Comtois, K. A. (1999). Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependence. *The American Journal on Addictions*, 8, 279–292.
- Linehan, M., Cochran, B. y Kehrer, C. (2001). Dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. En D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (pp. 470-522). New York: Guilford Press.
- McLaughlin, S. P., Barkowski, S., Burlingame, G. M., Strauss, B. y Rosendahl, J. (2019). Group psychotherapy for borderline personality disorder: A meta-analysis of randomized-controlled trials. *Psychotherapy*, 56(2), 260-273.
- McMain, S. F., Guimond, T., Barnhart, R., Habinski, L. y Streiner, D. L. (2017). A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 135(2), 138-148.

- McMain, S., Links, P., Gnam, W., Guidmond, T., Cardish, R., Korman, L., et al. (2009). A randomised trial of dialectical behaviour therapy versus general psychiatric management for borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 166, 1365-1374.
- Mehlum, L., Ramleth, R. K., Tørmoen, A. J., Haga, E., Diep, L. M., Stanley, B. H., ... y Grøholt, B. (2019). Long term effectiveness of dialectical behavior therapy versus enhanced usual care for adolescents with self-harming and suicidal behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(10), 1112-1122.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J. y Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *Annals of internal medicine*, 151(4), 264-269.
- Neacsiu, A. D., Lungu, A., Harned, M. S., Rizvi, S. L. y Linehan, M. M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. *Behaviour research and therapy*, 53, 47-54.
- Nock, M.K., Green, J.G., Hwang, I., McLaughlin, K.A., Sampson, N.A., Zaslavsky, A.M. y Kessler, R.C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA Psychiatry*, 70, 300–310.
- Pasieczny, N. y Connor, J. (2010). The effectiveness of dialectical behaviour therapy in routine public mental health settings: An Australian controlled trial. *Behaviour research and therapy*, 49(1), 4-10.

- Patil, K. D. (1975). Cochran's Q test: Exact distribution. *Journal of the American Statistical Association*, 70(349), 186-189.
- Patsopoulos N. A., Analatos A. A., Ioannidis J. P. (2005). Relative citation impact of various study designs in the health sciences. *JAMA*, 293(19), 2362-2366.
- Pistorello, J., Fruzzetti, A. E., MacLane, C., Gallop, R. y Iverson, K. M. (2012). Dialectical behavior therapy (DBT) applied to college students: A randomized clinical trial. *Journal of consulting and clinical psychology*, 80(6), 982.
- Priebe, S., Bhatti, N., Barnicot, K., Bremner, S., Gaglia, A., Katsakou, C., ... y Zinkler, M. (2012). Effectiveness and cost-effectiveness of dialectical behaviour therapy for self-harming patients with personality disorder: a pragmatic randomised controlled trial. *Psychotherapy and psychosomatics*, 81(6), 356-365.
- R Core Team (2017). R: A language and environment for statistical computing. *R Foundation for Statistical Computing*. Vienna, Austria. URL: <http://www.r-project.org>
- Rizvi, S. L. (2011). Treatment failure in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 18(3), 403-412.
- Ryle, A. (2004). The contribution of cognitive analytic therapy to the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 3-35.
- Scheel K. R. (2000). The empirical basis of dialectical behavior therapy: summary, critique, and implications. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 68-86.

- Simmons, J. P., Nelson, L. D. y Simonsohn, U. (2011). False–positive psychology: Undisclosed flexibility in data collection and analysis allows presenting anything as significant. *Psychological Science*, 22, 1359–1366.
- Soler, J., Pascual, J. C., Tiana, T., Cebrià, A., Barrachina, J., Campins, M. J., ... y Pérez, V. (2009). Dialectical behaviour therapy skills training compared to standard group therapy in borderline personality disorder: a 3-month randomised controlled clinical trial. *Behaviour research and therapy*, 47(5), 353-358.
- Soloff, P., Lis, J., Kelly, T., Cornelius, J. y Ulrich, R. (1994). Self-mutilation and suicidal behaviour in borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 8 (4), 257-267.
- Sterne, J. A., Sutton, A. J., Ioannidis, J. P., Terrin, N., Jones, D. R., Lau, J., ... y Tetzlaff, J. (2011). Recommendations for examining and interpreting funnel plot asymmetry in meta-analyses of randomised controlled trials. *Bmj*, 343, d4002.
- Stroebe, W., Postmes, T. y Spears, R. (2012). Scientific misconduct and the myth of self-correction in science. *Perspectives on Psychological Science*, 7, 670–688.
- Torgersen, S., Kringlen, E. y Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of Internal Medicine*, 58, 590-596.
- Trull T., Stepp S. y Durrett C. (2003). Research on borderline personality disorder: an update. *Current Opinion in Psychiatry*, 16(1), 77–82.

- Van den Bosch, L. M., Koeter, M. W., Stijnen, T., Verheul, R. y Van den Brink, W. (2005). Sustained efficacy of dialectical behaviour therapy for borderline personality disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 43(9), 1231-1241.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, 36 (3), 1-48. Recuperado de <http://www.jstatsoft.org/v36/i03/>
- Wicherts, J. M., Bakker, M. y Molenaar, D. (2011). Willingness to share research data is related to the strength of the evidence and the quality of reporting of statistical results. *PLoS one*, 6(11).
- Widiger, T. A. y Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 1015-1021.
- Witt, K., Milner, A., Spittal, M.J., Hetrick, S., Robinson, J., Pirkis, J. y Carter, G. (2018). Population attributable risk of factors associated with the repetition of self-harm behaviour in young people presenting to clinical services: A systematic review and meta-analysis. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 5–18.
- Zimmerman, M., Rothschild, L. y Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162(10), 1911-1918.