

Natalia Calvo<sup>1</sup>  
Sergi Valero<sup>2</sup>  
Marc Ferrer<sup>1</sup>  
Carmen Barral<sup>3</sup>  
Miguel Casas<sup>1</sup>

# Perfil clínico de impulsividad en el Trastorno Límite de Personalidad con Trastorno de Uso por Sustancias comórbido

<sup>1</sup>Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. CIBERSAM. Barcelona, Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

<sup>2</sup>Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. CIBERSAM. Barcelona, Spain. Universitat Autònoma de Barcelona, Spain. Institut de Recerca. Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona, Spain

<sup>3</sup>CAS Vall d'Hebrón. Psychiatry Department, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. CIBERSAM. Barcelona, Spain. Psychiatry and Legal Medicine Department, Universitat Autònoma de Barcelona, Spain

**Introducción.** El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es uno de los Trastornos de Personalidad (TP) más frecuentemente asociado con el Trastorno por Uso de Sustancias (TUS). De acuerdo con diferentes modelos, el subtipo TLP-Desregulación conductual tiene mayor prevalencia de TUS y de ciertas conductas de impulsividad que los otros dos subgrupos.

**Método.** De un total de 156 pacientes TLP, 47 eran del subgrupo Desregulación conductual, 55 de Desregulación afectiva, y 54 de Alteración relacional. Todos los pacientes completaron SCID-II para los trastornos del Eje II del DSM-IV, SCID-I para los trastornos del Eje I, Escala Impulsividad de Barratt (BIS-11) y la Entrevista Diagnóstica Revisada para Límites (DIB-R).

**Resultados.** En la comparación entre los subgrupos TLP, Desregulación conductual mostraba prevalencia significativamente mayor de TUS (alcohol y cocaína), y tendencia a ansiolíticos, mayor impulsividad (DIB-R, pero no en BIS-11) y un mayor número de tentativas de suicidio e ingresos psiquiátricos, aunque éstos no eran estadísticamente significativos en comparación con los otros subgrupos.

**Conclusiones.** Estos resultados deberían ser especialmente útiles en la discriminación de pacientes TLP en relación al pronóstico y a los diferentes abordajes terapéuticos.

**Palabras clave:** Trastorno Límite de Personalidad, Trastorno por Uso de Sustancias, Perfil clínico, Impulsividad, Comorbilidad

*Actas Esp Psiquiatr* 2016;44(4):145-52

## Impulsive clinical profile of Borderline Personality Disorder with comorbid Substance Use Disorder

**Introduction.** Borderline Personality Disorder (BPD) is one of the Personality Disorder most frequently associated with Substance Use Disorder (SUD). According to different models, the Behavioral dysregulation-BPD subgroup has a higher prevalence of SUD and certain impulsivity behaviors than the other two subgroups.

**Methods.** Out of 156 BPD patients, 47 were in the Behavioral dysregulation-BPD subgroup, 55 in Affective dysregulation, and 54 in Disturbed relatedness. All patients completed the SCID-II for DSM-IV Axis II Disorders, SCID-I for DSM-IV Axis I Disorders, Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) and Revised Diagnostic Interview for Borderlines (DIB-R).

**Results.** In the comparison of the BPD subgroups, Behavioral dysregulation showed significantly more prevalence of SUD (alcohol and cocaine), and tendency for anxiolytics, higher impulsivity (DIB-R, but none in BIS-11), and higher number of suicide attempts and psychiatric admissions, although these was not significant in comparison with the other subgroups.

**Conclusions.** This should be especially useful in the discrimination of BPD patients for different therapeutic approaches and prognoses.

**Keywords:** Borderline Personality Disorder, Substance Use Disorder, Clinical profile, Impulsivity, Comorbidity

Correspondencia:  
Natalia Calvo, PhD, Clinical Psychologist  
Psychiatry Department  
Hospital Universitari Vall d'Hebron  
Passeig Vall d'Hebron 119-129  
08035 Barcelona, Spain  
Tel.: 0034 934894295  
Correo electrónico: nacalvo@vhebron.net

## INTRODUCCIÓN

Desde la publicación del sistema diagnóstico multiaxial en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-III (DSM-III)<sup>1</sup>, en el que los Trastornos de Personalidad (TP) se sitúan en el Eje II, hasta la actualidad, el interés por el estudio de la comorbilidad entre TP y Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) ha ido creciendo. Esta comorbilidad es una de las formas más comunes de diagnóstico dual en la práctica clínica habitual<sup>2</sup>. Sin embargo, actualmente es muy difícil obtener diagnósticos fiables y, en consecuencia, llevar a cabo intervenciones terapéuticas apropiadas. Esta situación ha llevado a clínicos e investigadores a estudiar la comorbilidad TP y TUS tanto en muestras clínicas<sup>3-5</sup> como no clínicas<sup>2,6-9</sup>.

Resultados publicados anteriormente informan que el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es uno de los TP con una asociación más elevada a TUS, con una prevalencia media estimada del 50%<sup>5,10-14</sup>. Zanarini et al.<sup>14</sup> informaron que entre el 23 y 84% de los pacientes con TLP (media=65,1%) cumplían criterios para TUS relacionado con alcohol, y entre el 19 y 87% (media=47%) para TUS relacionado con otras sustancias. Estos datos son consistentes con los publicados por Walter et al.<sup>15</sup> (2009), quien describió una prevalencia de TUS comórbido de más del 50% en una muestra psiquiátrica de pacientes TLP, mientras que en los no-TLP era alrededor del 35%. Además, algunos estudios, como el de Feske et al.<sup>10</sup>, han señalado que la asociación entre TLP y TUS en una muestra psiquiátrica de mujeres podía implicar una peor evolución y pronóstico, un patrón más grave de abuso de sustancias, mayor número de conductas autodestructivas, y más intentos suicidas.

Esta notable asociación entre TLP-TUS, que no resulta explicable exclusivamente por causas aleatorias o de medición o por el solapamiento de criterios diagnósticos (evidente en clasificaciones psiquiátricas), ha llevado a algunos autores a proponer algunos modelos etiológicos explicativos<sup>13,16-19</sup>. Siever y Davis<sup>18</sup> consideraron el TLP y el TUS como partes de un trastorno subyacente común relacionado con una ausencia de control de impulsos determinada biológicamente. Posteriormente, varios autores han sugerido la existencia de factores etiológicos comunes de vulnerabilidad al desarrollo y cristalización de TLP y/o TUS, siendo la impulsividad y la desregulación emocional los más replicados<sup>13,15,16,19-21</sup>.

Por otro lado, el TLP es considerado una categoría diagnóstica heterogénea y compleja<sup>22,23</sup>. Entre los diferentes enfoques para una mejor comprensión de esta complejidad, unas líneas de investigación distinguen diferentes componentes que subyacen en el constructo del TLP<sup>17,24,25</sup>. Su expresión diferencial podría configurar patrones clínicos de la personalidad límite<sup>14,17,24,25</sup>. La existencia de posibles

subgrupos clínicos TLP se ha basado en la observación clínica<sup>14,26</sup> y también en resultados obtenidos mediante técnicas estadísticas, como el análisis de clases latente (ACL)<sup>17</sup>. Por otra parte, algunos investigadores han sometido los criterios TLP del DSM a procedimientos estadísticos, como el análisis factorial exploratorio (AFE) y el análisis factorial confirmatorio (AFC) en un intento por clarificar la estructura de los síntomas latentes. Diferentes modelos han surgido de estos análisis, con un modelo de 3 factores subyacentes TLP que identifican como Alteración relacional, Desregulación afectiva y Desregulación conductual, siendo éste el modelo más ampliamente aceptado<sup>25,27-29</sup>. El primer factor, Alteración relacional incluye los criterios de TLP del DSM-IV<sup>30</sup>: relaciones interpersonales inestables e intensas (2º criterio), alteración de la identidad (3er criterio), sentimientos crónicos de vacío (7º criterio), e ideación paranoide transitoria relacionada con estrés, ideas delirantes o síntomas disociativos graves (9º criterio). El segundo criterio, Desregulación afectiva incluye inestabilidad afectiva debida a una importante reactividad del estado de ánimo (6º criterio), ira inapropiada (8º criterio), y esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginario (1er criterio). El tercer factor, Desregulación conductual: impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente auto-destructivas (4º criterio) y comportamientos suicidas o de auto-mutilación recurrentes (5º criterio). Según este modelo, el TLP podría presentar diferentes perfiles clínicos con patrones de comorbilidad relacionados dependiendo del predominio de uno de los tres componentes<sup>31,32</sup>. A pesar de la creciente evidencia científica para modificar los criterios diagnósticos del DSM-IV<sup>33</sup> (APA, 1994)<sup>30</sup>, la versión final de la quinta edición del DSM<sup>34</sup> mantiene el mismo sistema de diagnóstico politético que la edición anterior.

Considerando que la relación entre TLP y TUS puede deberse a un factor etiológico subyacente común de vulnerabilidad a la impulsividad, el principal objetivo de este estudio era analizar si un subgrupo de pacientes TLP caracterizado por el componente de Desregulación conductual presenta mayor prevalencia de TUS que aquellos caracterizados por el predominio de Desregulación afectiva y Alteración relacional. La hipótesis era que el subgrupo TLP caracterizado por Desregulación conductual presentará mayor prevalencia de trastornos comórbidos y de conductas impulsivas.

## METODOLOGIA

### Participantes

Se trata de un estudio observacional, transversal, que incluye un total de 156 pacientes ambulatorios con diagnóstico TLP según criterios DSM-IV, que habían sido remitidos de forma consecutiva en nuestro programa TLP del hospital general de Barcelona (España). Ciento siete pacientes

(68.6%) eran mujeres. La edad media de los sujetos fue de 27.08 años (DT=7.3). Los criterios de inclusión en el estudio eran tener más de 18 años de edad, ausencia de retraso mental, sin diagnóstico actual de esquizofrenia, trastorno bipolar I o trastorno por dependencia de sustancias activo, y no sufrir de una condición orgánica que pudiera estar asociada al desarrollo de los síntomas psiquiátricos.

## Instrumentos

La versión española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje II del DSM-IV (SCID-II)<sup>35</sup> fue administrada para evaluar el TLP y otros TP de acuerdo con los criterios del DSM-IV/DSM5. Para determinar la posible presencia de TUS al largo de la vida y otros trastornos comórbidos del Eje I, se utilizó la versión española de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos del Eje I del DSM-IV (SCID-I)<sup>36</sup>.

La impulsividad se estudió con la Escala de Impulsividad de Barrat (BIS-11)<sup>37</sup>, versión española<sup>38</sup>. El autoinforme BIS-11 proporciona una puntuación total y puntuación en tres subescalas para las medidas del control de impulsos: impulsividad Cognitiva, impulsividad Motora, y impulsividad No-planeada.

Además, la impulsividad se evaluó utilizando la correspondiente subescala de la Entrevista Diagnóstica Revisada para Trastorno Límite (DIB-R)<sup>39</sup>, versión española<sup>40</sup>. Esta subescala contiene una puntuación del Área de patrón de Conductas Impulsivas (rango 0-10), y una puntuación de Escala de patrón de Conductas Impulsivas (0-3). Se utilizó para evaluar la presencia y severidad de los síntomas de impulsividad en el TLP (abuso/dependencia de sustancias, desviación sexual, autolesiones, intentos de suicidios y/o amenazas, y otros patrones de impulsividad).

Finalmente, la gravedad psicopatológica se valoró durante la primera entrevista mediante las variables clínicas de intentos de suicidio, conductas autolesivas e ingresos psiquiátricos, y fueron confirmadas mediante informes médicos previos. Cuando la información del paciente no era corroborada con dichos informes, no fue incorporada en los análisis de datos. Esta estrategia fue elegida para aumentar la fiabilidad de los resultados.

## Procedimiento

La evaluación psicopatológica fue realizada mediante cuatro entrevistas diagnósticas realizadas por psiquiatra y psicólogo clínico expertos en TLP. La primera visita clínica era realizada por un psiquiatra para confirmar el diagnóstico clínico de TLP según los criterios del DSM-IV, así como el estudio de criterios de inclusión, y recogida de datos so-

cio-demográficos. Posteriormente, un psicólogo clínico, con experiencia en TLP y en el uso de diferentes instrumentos, realizó entrevistas en tres días diferentes en los cuales administró SCID-II, SCID-I y DIB-R. El autoinforme BIS-11 se recogió durante la tercera entrevista. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes después de haber recibido una completa información sobre el protocolo. El estudio fue aprobado por el Comité Ético del hospital.

## Análisis estadístico

El principal factor independiente de análisis en este estudio era los tres subgrupos TLP. Se obtuvieron dichos subgrupos de análisis aplicando el mismo método de análisis factorial confirmatorio (AFC) utilizado en un estudio previo de nuestro grupo (para más detalles ver Andiñon et al.<sup>28</sup>, y Calvo et al.<sup>31</sup>). Se incluyeron 156 sujetos en el presente estudio: 47 en el subgrupo de Desregulación conductual TLP, 55 en Desregulación afectiva, y 54 en Alteración relacional. Los tres grupos constituían el principal factor independiente. Cuando se analizaron las variables categóricas, como los diagnósticos del Eje I, se utilizó el valor de Chi cuadrado. Para las variables cuantitativas, como en el caso de BIS-11, se utilizó análisis de varianza.

## RESULTADOS

Las características descriptivas de la muestra total TLP y de los diferentes subgrupos caracterizados por diferentes componentes -Desregulación conductual, Desregulación afectiva y Alteración relacional- se presentan en la Tabla 1. Los datos de la muestra total indican que el 76% (n=117) eran solteros. El 42.8% (n=65) habían alcanzado un nivel de estudios equivalente al graduado escolar, mientras que sólo el 10.5% (n=16) tenían o estaban cursando estudios universitarios. En cuanto a la ocupación, el 38.8% (n=59) estaba activo laboralmente, mientras que el 42.8% (n=65) eran inactivos (sin empleo, o de baja por enfermedad). No se observaron diferencias significativas entre los subgrupos con respecto al resto de variables socio-demográficas (ver Tabla 1).

El análisis de las diferencias entre subgrupos TLP en la comorbilidad con el Eje I, únicamente TUS fue significativamente más frecuente en el subgrupo Desregulación conductual (63.8%) que en Desregulación afectiva (34.5%) y Alteración relacional (37%) [ $\chi^2(2)=10.54$ ,  $p=0.005$ ]. En relación a la sustancia tóxica consumida, se observó prevalencia más alta de todas las sustancias en el grupo de Desregulación conductual, siendo significativa en alcohol [ $\chi^2(2)=7.74$ ,  $p=0.021$ ] y cocaína [ $\chi^2(2)=11.22$ ,  $p=0.004$ ]. Mayor frecuencia de ansiolíticos se observó en este subgrupo, aunque no siendo significativa [ $\chi^2(2)=5.94$ ,  $p=0.051$ ] (véase Tabla 2). No se observaron diferencias entre los diferentes grupos

Tabla 1	Características Sociodemográficas (n=156)								
	Desregulación Conductual - TLP (n=47)		Desregulación Afectiva - TLP (n=55)		Alteración Relacional - TLP (n=54)		F	gl	p
	media	(DT)	media	(DT)	media	(DT)			
Edad	27.87	(7.25)	26.07	(7.77)	27.30	(6.88)	0.818	2	0.443
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	$\chi^2$	df	p
Género							0.24	2	0.888
Mujer	66	(31)	69.1	(38)	70.4	(38)			
Estado Civil							3.17	4	0.530
Soltero	72.3	(34)	75.9	(41)	79.2	(42)			
Casado o pareja	21.3	(10)	14.8	(8)	9.4	(5)			
Nivel Académico							8.49	10	0.581
Primaria	47.8	(22)	41.5	(22)	39.6	(21)			
Secundaria	34.8	(16)	47.2	(25)	41.5	(22)			
Universidad	8.7	(4)	5.7	(3)	17	(9)			
Ocupación							9.09	12	0.695
Desempleado/Incapacidad	52.2	(24)	37.1	(20)	40.4	(21)			
Activo	39.1	(18)	38.9	(21)	38.5	(20)			

Tabla 2	Comorbilidad muestra total y subgrupos TLP en Eje I con SCID-I								
	Desregulación Conductual TLP (n=47)		Desregulación Afectiva TLP (n=55)		Alteración Relacional TLP BPD (n=54)		$\chi^2$	gl	p
	%	(n)	%	(n)	%	(n)			
T. Afectivos	38.3	(18)	23.6	(13)	37	(20)	3.18	2	0.203
T. Ansiedad	51.1	(24)	38.2	(21)	57.4	(31)	4.18	2	0.124
T. Conducta Alimentaria	14.9	(7)	12.7	(7)	16.7	(9)	0.34	2	0.845
TDAH	31.6	(12)	34.1	(15)	35.3	(18)	0.14	2	0.934
TUS	63.8	(30)	34.5	(19)	37	(20)	10.54	2	0.005
Alcohol	40.4	(19)	20	(11)	18.5	(10)	7.74	2	0.021
Cannabis	40.4	(19)	25.5	(14)	27.8	(15)	3.01	2	0.222
Cocaína	36.2	(17)	12.7	(7)	13	(7)	11.22	2	0.004
Ansiolíticos	10.6	(5)	1.8	(1)	1.9	(1)	5.94	2	0.051

Negrita = p < 0.05  
TDAH: Trastorno Déficit Atención/Hiperactividad; TUS: Trastorno Uso Sustancias

en otros trastornos del Eje I. Únicamente los trastornos de ansiedad estaban más asociados al subgrupo Alteración relacional, aunque las diferencias halladas no fueron estadísticamente significativas [ $\chi^2$  (2)=4.18, p=0.124] (Tabla 2).

Las diferencias en impulsividad entre subgrupos, evaluadas mediante BIS-11 y DIB-R, se presentan en la Tabla

3. No se encontraron diferencias entre subgrupos en las puntuaciones de impulsividad de las escalas de BIS-11. Sin embargo, si se hallaron diferencias significativas en las puntuaciones de la subescala de impulsividad de la DIB-R. Los pacientes del subgrupo Desregulación conductual obtuvieron valores más altos y significativos tanto en el Área de

Tabla 3		Impulsividad y gravedad en subgrupos TLP							
	Desregulación Conductual TLP		Desregulación Afectiva TLP		Alteración Relacional TLP		F	gl	p
	media	(DT)	media	(DT)	media	(DT)			
<b>Impulsividad</b>									
<b>BIS-11</b>									
Impulsividad Cognitiva	18.7	(4.87)	18.1	(5.26)	19.4	(5.71)	0.70	2	0.489
Impulsividad Motora	23.5	(8.36)	23.8	(9.14)	23.1	(8.17)	0.08	2	0.926
Impulsividad No planificada	26.5	(7.45)	24.0	(8.01)	23.4	(7.34)	1.89	2	0.154
Puntuación Total	68.6	(16.44)	65.7	(17.08)	65.3	(15.37)	0.53	2	0.593
<b>DIB-R</b>									
Área impulsividad	4.54	(2.18)	4	(2.35)	3.02	(1.73)	6.70	2	<b>0.002</b>
Escala impulsividad	1.65	(1.12)	1.14	(1.19)	0.83	(1.08)	6.99	2	<b>0.001</b>
<b>Gravedad</b>									
	%	(n)	%	(n)	%	(n)	$\chi^2$	gl	p
Intentos Suicidio							6.69	4	0.153
Presencia General*	56.6	(26)	41.2	(21)	35.8	(19)			
Número $\geq 2^{**}$	45.7	(21)	27.5	(14)	22.6	(12)			
Conductas Autolesivas							3.31	4	0.507
Presencia General*	50	(23)	54.9	(28)	37.7	(20)			
Número $\geq 2^{**}$	41.3	(19)	45.1	(23)	30.2	(16)			
Ingresos Psiquiátricos							3.85	4	0.427
Presencia General*	36.9	(17)	33.3	(17)	22.6	(12)			
Número $\geq 2^{**}$	21.7	(10)	13.7	(7)	11.3	(6)			

Negrita =  $p < 0.05$   
 \*Presencia General: Presencia en general de intentos de suicidio, conductas autolesivas o ingresos psiquiátricos  
 \*\*Número  $\geq 2$ : Número igual o superior a 2  
 BIS-11: Escala de Impulsividad de Barratt (Barratt Impulsiveness Scale); DIB-R: Entrevista Diagnóstica para TLP – Revisada (Diagnostic Interview for Borderlines-Revised)

impulsividad [F (2)=6.70,  $p=0.002$ ] como en la Escala de impulsividad de la DIB-R [F (2)=6.99,  $p=0.001$ ] en comparación con los otros dos subgrupos.

Los resultados también mostraron un mayor número de intentos de suicidio e ingresos psiquiátricos en el subgrupo Desregulación conductual, y más conductas autolesivas en los pacientes del subgrupo de Desregulación Afectiva, aunque ésta no fue significativa en comparación con los otros subgrupos (véase la Tabla 3).

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Como frecuentemente se ha afirmado, el TLP es uno de los constructos diagnósticos más heterogéneos, y con mayor comorbilidad con un amplio número de trastornos del Eje I. Nuestro estudio tenía como objetivo analizar si el subgrupo TLP de Desregulación conductual presentaba una mayor asociación con el trastorno por uso de sustancias (TUS), en

comparación con los otros dos subgrupos, y analizar si dicha asociación representaba mayor tendencia a la impulsividad. Los pacientes que se caracterizaban por el predominio del componente TLP de Desregulación conductual presentaron mayor comorbilidad con TUS, en concreto, un mayor uso de alcohol y cocaína, y una mayor tendencia a abusar de ansiolíticos. Dichos pacientes también mostraron una mayor impulsividad, según los resultados obtenidos en la subescala entrevista DIB-R (abuso de sustancias y conductas de gravedad). Sin embargo, y aunque históricamente el BIS-11 ha sido ampliamente utilizado en estudios clínicos para investigar la impulsividad en el TLP<sup>16,41,42</sup>, en nuestro estudio no diferencia a los tres subgrupos en relación a la impulsividad. Aunque estos hallazgos podrían estar más estrechamente relacionados con la falta de una definición clara de la impulsividad<sup>16</sup>, desafortunadamente no existen en la actualidad estudios previos que administren el autoinforme BIS-11 a subgrupos TLP que nos permitan comparar nuestros resultados. Por último, nuestro subgrupo Desregulación conductual con comorbilidad TUS se caracteriza por una mayor tenden-

cia a llevar a cabo intentos de suicidio e ingresos psiquiátricos, más asociados con la impulsividad en el TLP, aunque no resultó estadísticamente significativa. De acuerdo con nuestros datos, la relación TLP y TUS debería ser investigada con mayor detalle, y medidas experimentales o neurológicas y marcadores biológicos, como la toma de decisiones o reflejo de la impulsividad en juegos, planificación de tareas y tareas que midan control de impulsos motivacional, como aplazar la gratificación, podrían ser estudiados en pacientes TLP<sup>15,43</sup>.

Resulta interesante indicar que en los otros dos subgrupos TLP formados por pacientes caracterizados por Desregulación afectiva o Alteración relacional, no se observaron características clínicas tan claramente diferenciadoras. Únicamente, el subgrupo Alteración relacional mostró mayor frecuencia de trastornos de ansiedad, y Desregulación afectiva mayor prevalencia conductas autolesivas, pero ninguno fue significativo. Por lo tanto, parece que los pacientes clasificados en estos dos grupos son más similares y con un perfil clínico de menor impulsividad, como ya se ha observado en un estudio anterior de nuestro grupo<sup>31</sup>.

Por lo tanto, nuestro estudio indica la existencia de diferencias clínicas en pacientes en función de presencia de TUS y de impulsividad según el subgrupo TLP. De acuerdo con la literatura<sup>21,44,45</sup>, esto debería ser especialmente útil en la discriminación de pacientes TLP. En este sentido, el estudio de Trull et al.<sup>21</sup> (2004) indicó que los pacientes con TLP y TUS mostraban mayores niveles de impulsividad, mayor tendencia hacia el descontrol conductual y comportamientos autodestructivos que los pacientes con cualquier trastorno único. Por tanto, nuestros resultados nos llevan a sugerir la posible existencia de un subgrupo TLP con Desregulación conductual en el que la impulsividad puede ser un factor de vulnerabilidad para desarrollar un perfil clínico donde el TUS tendría una presencia significativa. Esto sería consistente con los trabajos de autores que defienden que la impulsividad es una de las características fundamentales subyacentes al TLP<sup>13,16,18,20,44</sup>. Futuras investigaciones deberían considerar la existencia de una relación causal entre impulsividad y Desregulación conductual que pudiera explicar mejor la asociación significativa hallada en nuestro estudio, y examinar si los otros dos subtipos de TLP - Desregulación afectiva y Alteración relacional - muestran cualquier otra predisposición o combinación de rasgos subyacentes.

Este estudio muestra varias limitaciones. En primer lugar, se trata de un estudio exploratorio utilizando un tamaño muestral reducido, que limita su poder estadístico. En segundo lugar, el tipo de pacientes evaluados son de una unidad ambulatoria de TLP. Nuevos estudios deberán realizarse en muestras mayores y en otros grupos de pacientes TLP, así como en pacientes hospitalizados en unidades de desintoxicación, con el fin de confirmar y generalizar los resultados obtenidos en este trabajo. En tercer lugar, los ins-

trumentos de evaluación de la impulsividad pueden resultar controvertidos. La contribución del rasgo impulsividad en el desarrollo de subtipos de TLP y las posibles conexiones con rasgos de impulsividad necesitan ser evaluados de forma sistemática en el futuro. Por último, la comorbilidad del TLP con otros TP, y más concretamente TP con TUS no se ha estudiado. Futuras investigaciones deberían analizar posibles asociaciones entre subgrupos TLP, TUS y otros TP que podrían explicar algunos de los resultados obtenidos.

En conclusión, nuestros resultados sugieren que, desde una perspectiva clínica, el reconocimiento de subgrupos TLP basados en el predominio de un componente específico de la psicopatología, puede ayudar a entender la existencia de ciertos patrones clínicos dentro de una única categoría diagnóstica. La contribución y la novedad de nuestro trabajo es que los pacientes TLP caracterizados con un perfil clínico de Desregulación conductual y TUS requerirán una detección rápida, un diagnóstico más preciso y un enfoque terapéutico de mayor intensidad, lo que permitiría a estos pacientes manejar y reducir la impulsividad y la gravedad de su conducta. Esto debería ser de gran importancia para el pronóstico y el tratamiento. Ayudaría a clínicos e investigadores a mejorar el estudio de TLP, al requerir enfoques terapéuticos completamente diferentes y, por lo tanto, a proporcionar también diferentes pronósticos del TLP.

#### AGRADECIMIENTOS

Esta investigación ha contado con el apoyo financiero proporcionado por fondos públicos del Departament de Salut Mental i Addiccions (Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya) y becas de la Obra Social - Fundación "la Caixa".

#### CONFLICTO DE INTERESES

No hay conflicto de intereses.

#### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th edition (DSM-III). Washington, DC: American Psychiatric Press; 1980.
2. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher, KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: Gender, prevalence and comorbidity with substance dependence disorders. *J Personal Disord.* 2010;24(4):412-26.
3. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry.* 1999;156(5):733-8.
4. Verheul R, van den Brink W, Hartgers C. Prevalence of personality disorders among alcoholics and drugs addicts: An overview. *Eur Addict Res.* 1995;1:166-77.
5. Zanarini MC, Frankenburg FR, Dubo ED, Sickel AM, Trikha A, Levin A, et al. Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry.* 1998;155(12):1733-9.

6. Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV Drug abuse and dependence in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64:566-76.
7. Fenton MC, Keyes K, Geier T, Greenstein E, Skodol A, Krueger B, et al. Psychiatric comorbidity and the persistence of drug use disorder in the United States. *Addiction*. 2011;107:599-609.
8. Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan J, Pickering RP. Co-occurrence of 12-month Alcohol and Drug Use Disorders and Personality Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry*. 2004;61:361-8.
9. Hasin D, Kilcoyne B. Comorbidity of psychiatric and substance use disorders in the United States: current issues and findings from the NESARC. *Curr Opin Psychiatr*. 2012;25(3):165-71.
10. Feske U, Tarter RE, Kirisci L, Pihkonen PA. Borderline Personality and substance use in women. *Am J Addict*. 2006;15:131-7.
11. McGlashan TH, Grilo CM, Skodol AE, Gunderson JG, Shea MT, Morey LC, et al. The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study: Baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102:256-64.
12. Ross S, Dermatis H, Levounis P, Galanter M. A comparison between diagnosed inpatients with and without Axis II comorbidity and the relationship to treatment outcome. *Am J Drug Alcohol Ab*. 2003;29(2):263-79.
13. Trull TJ, Sher KJ, Minks-Brown C, Durbin J, Burr R. Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration. *Clin Psychol Rev*. 2000;20(2):235-53.
14. Zanarini MC, Frankenburg FR, Weingeroff JL, Reich B, Fitzmaurice GM, Weiss RD. The course of substance use disorders in patients with borderline personality disorder and Axis II comparison subjects: A 10-year follow-up study. *Addiction*. 2011; 106(2): 342-8.
15. Walter M, Gunderson JG, Zanarini MC, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, et al. New onsets of substance use disorders in borderline personality disorder over seven years of follow-ups: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Addiction*. 2009;104(1):97-103.
16. Bornoalova MA, Lejuez CW, Daughters SB, Rosenthal MZ, Lynch TR. Impulsivity as a common process across borderline personality and substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005; 25:790-812.
17. Bornoalova MA, Levy R, Gratz KL, Lejuez CW. Understanding the heterogeneity of BPD symptoms through latent class analysis: Initial results and clinical correlates among inner-city substance users. *Psychol Assessment*. 2010;22(2):233-45.
18. Siever LJ, Davis KL. A psychobiological perspective on personality disorders. *Am J Psychiatry*. 1991;148:1647-58.
19. Stepp SD, Trull TJ, Sher KJ. Borderline personality features predict alcohol use problems. *J Personal Disord*. 2005;19(6):711-22.
20. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of Borderline Personality: Elaborating and extending Linehan's theory. *Psychol Bull*. 2009;135(3):495-510.
21. Trull TJ, Waudby CJ, Sher KJ. Alcohol, tobacco, and drug use disorders and personality disorder symptoms. *Exp Clin Psychopharm*. 2004;12(1):65-75.
22. Chmielewski M, Bagby RM, Quilty LC, Paxton R, McGee SA. A (Re)-Evaluation of the symptom structure of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatr*. 2011;56(9):530-9.
23. Lenzenweger MF, Clarkin JF, Yeomans FE, Kernberg OF, Levy KN. Refining the borderline personality disorder phenotype through finite mixture modeling: Implications for classification. *J Personal Disord*. 2008;22:313-31.
24. Clifton A, Pihkonen PA. Evidence for a single latent class of diagnostic and statistical manual of mental disorders borderline personality pathology. *Compr Psychiatry*. 2007;48:70-8.
25. Sanislow CA, Grilo CM, Morey LC, Bender DS, Skodol AE, Gunderson JG, et al. Confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for Borderline personality disorder: findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Am J Psychiatry*. 2002;159(2):284-90.
26. Oldham JM. Borderline personality disorder and suicidality. *Am J Psychiatry*. 2006;163(1):20-6.
27. Andi6n O, Ferrer M, Gancedo B, Calvo N, Barral C, Torrubia R, et al. Confirmatory factor analysis of borderline personality disorder symptoms based on two different interviews: The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorder and the Revised Diagnostic Interview for Borderlines. *Psychiatry Res*. 2011;190:304-8.
28. Calvo N, Andi6n O, Gancedo B, Ferrer M, Barral C, DiGenova A, et al. Borderline Personality Disorder (BPD) diagnosis with the self-report Personality Diagnostic Questionnaire-4+(PDQ-4+): Confirmation of the 3-factor structure. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(2):57-67.
29. Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH. Factor analysis of the DSM-IV-R borderline personality disorder criteria in psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2000;157(10):1629-33.
30. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition - revision (DSM-IV-TR). Washington, DC: Author; 1994.
31. Andi6n O, Ferrer M, Calvo N, Gancedo B, Barral C, DiGenova A, et al. Exploring the clinical validity of borderline personality disorder components. *Compr Psychiatry*. 2013;54:34-40.
32. Ferrer M, Andi6n O, Matal6 J, Valero S, Navarro JA, Ramos-Quiroga JA, et al. Comorbid Attention-Deficit/Hyperactivity disorder in Borderline patients defines an impulsive subtype of Borderline personality disorder. *J Personal Disord*. 2010;24(6):812-22.
33. Gunderson JG. Revising the borderline diagnosis for DSM-V. An alternative proposal. *J Personal Disord*. 2010;24:694-708.
34. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition (DSM-5). Washington, DC: Author; 2013.
35. First MB, Gibbon M, Spitzer RL, Williams JBW, Benjamin LS. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders (SCID-II)*. New York: American Psychiatric Press; 1999.
36. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *The Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I)*. New York: American Psychiatric Press; 1997.
37. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *J Clin Psychology*. 1995;51:768-74.
38. Quendo MA, Baca-Garcia E, Graver R, Morales M, Montalb6n V, Mann JJ. Spanish adaptation of the Barratt Impulsiveness Scale. *Eur J Psychiatr*. 2001;15:147-55.
39. Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR, Chauncey DL. The Revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating borderline personality disorders from other Axis II disorders. *J Personal Disord*. 1989;3:10-8.
40. Barrachina J, Soler J, Campins MJ, Tejero A, Pascual JC, 6lvarez E, et al. Validation of a Spanish version of the Diagnostic Interview for Borderlines-Revised (DIB-R). *Actas Esp Psiquiatr*. 2004;32:293-8.
41. Jacob GA, Gutz L, Bader K, Lieb K, T6scher O, Stahl C. Impulsivity in borderline personality disorder: Impairment in self-report measures, but not behavioral inhibition. *Psychopathology*. 2010; 43:180-8.
42. Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis I: Biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatr*. 2002;51:951-63.

43. McCloskey MS, Lee R, Berman ME, Noblett KL, Coccaro EF. The relationship between impulsive verbal aggression and intermittent explosive disorder. *Aggressive Behav.* 2008;34:51-60.
44. Sebastian A, Jacob G, Lieb K, Tüscher O. Impulsivity in borderline personality disorder: A matter of disturbed impulsive control or a facet of emotional dysregulation? *Curr Psychiatry Rep.* 2013;15(2):339.
45. Wedig MM, Silverman MH, Frankenburg FR, Reich DB, Fitzmaurice G, Zanarini MC. Predictors of suicide attempts in patients with borderline personality disorders over 16 years of prospective follow-up. *Psychol Med.* 2012;42(11):2395-404.