

*Behavioral Psychology / Psicología Conductual, Vol. 22, Nº 2, 2014, pp. 293-305*

## **EL SENTIDO DE LA VIDA COMO VARIABLE MEDIADORA ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA DESESPERANZA EN PACIENTES CON TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**

José H. Marco<sup>1</sup>, Joaquín García-Alandete<sup>1</sup>, Sandra Pérez<sup>1</sup>  
y Cristina Botella<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir"; <sup>2</sup>Universidad Jaume I;  
<sup>3</sup>CIBER Fisiopatología Obesidad y Nutrición del Instituto de Salud Carlos III (España)

### **Resumen**

El trastorno límite de la personalidad (TLP) está asociado a una alta incidencia de suicidio. Los pensamientos y creencias positivas pueden actuar como amortiguadores que protegen a la persona de cometer el suicidio, a pesar de la existencia de importantes factores de riesgo, como la depresión y la desesperanza. Varios estudios han encontrado una fuerte relación entre bajos niveles de sentido de la vida y el riesgo de suicidio. El objetivo del presente estudio es analizar el papel mediador del sentido de la vida entre la depresión y la desesperanza. Participaron 80 personas con TLP. Los resultados nos indican que el sentido de la vida muestra un efecto de mediación parcial entre la depresión y la desesperanza. El 61% del efecto total de la depresión sobre la desesperanza fue mediado por el sentido de la vida. Estos resultados apoyan que el sentido de la vida actúa como amortiguador de estos factores de riesgo para el suicidio. Es importante tener en cuenta el sentido de la vida en la evaluación y el tratamiento de las pacientes con TLP.

**PALABRAS CLAVES:** *trastorno límite de la personalidad, sentido de la vida, depresión, desesperanza, resiliencia.*

### **Abstract**

Borderline personality disorder (BPD) is associated with high incidence of suicide. Positive thoughts and beliefs can act as buffers that protect people against eventual suicide, despite the existence of important risk factors for suicide. Several studies have found a strong relationship between low levels of meaning in life and suicide risk. The aim of this research is to analyze the mediating role of meaning in life in the relationship between the risk factor depression and hopelessness. 80 patients with BPD participated. The results indicate that the meaning of life showed partial mediation effect between depression and hopelessness, 61% of the total effect of depression on hopelessness was mediated by the meaning of life. The results of this study confirm the hypothesis and indicate that meaning in life is a buffering factor for

---

*Correspondencia:* José H. Marco, Facultad de Psicología, Magisterio y Ciencias de la Educación, Universidad Católica de Valencia "San Vicente Mártir", c/ Guillem de Castro, 175, 46008 Valencia (España). E-mail: [joseheliodoro.marco@ucv.es](mailto:joseheliodoro.marco@ucv.es)

the risk of suicide. This result emphasizes the importance of meaning in life in the assessment and treatment for patients with BPD.

KEY WORDS: *borderline personality disorder, meaning in life, depression, hopelessness, resilience.*

## Introducción

El trastorno límite de la personalidad (TLP) se caracteriza por un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, en la autoimagen y la afectividad y una notable impulsividad que comienzan al principio de la edad adulta. El riesgo de morir por un intento de suicidio en los pacientes con TLP se encuentra entre el 3% y el 10% (Oldham, 2006; Paris y Zweig-Frank, 2001) y ellos representan entre el 9%-33% de todos los suicidios atendidos en salud mental (Kullgren, Renberg y Jacobsson, 1986; Runeson y Beskow, 1991). Estos datos nos indican la necesidad de estudiar factores que reduzcan el riesgo de suicidio en el TLP.

Los estudios sobre el suicidio tradicionalmente se han centrado en determinar los posibles factores de riesgo. Entre los diferentes factores de riesgo estudiados, se ha demostrado que la desesperanza es el mejor y más fuerte predictor del suicidio consumado (Beck, 2006; Hawton y van Heeringen, 2009). En estudios longitudinales, con seguimientos de 10 y 20 años, se demostró que la desesperanza fue el mejor predictor de suicidio consumado en pacientes hospitalizados por delante de la depresión o la ideación suicida (Beck, Brown y Steer, 1989; Beck, Steer, Kovacs y Garrison, 1985; Brown, Beck, Steer y Grisham, 2000). La desesperanza evaluada mediante la "Escala de desesperanza" (*Hopelessness Scale*; Beck, Weissman, Lester y Trexler, 1974) es aceptada como una medida de suicidio consumado para pacientes psiquiátricos y en población general (Beck, 2006; Klonsky, Kotov, Bakst, Rabinowitz y Bromet, 2012; Kuo, Gallo y Eaton 2004). Otros factores que se han demostrado fuertemente asociados con el riesgo de suicidio son: haber realizado intentos previos de suicidio (Beautrais, 2004), realizar autolesiones, tener un trastorno depresivo mayor o síntomas depresivos, impulsividad, estar desempleado, vivir solo, tener un bajo apoyo social o esquizofrenia (Hawton y van Heeringen, 2009). Respecto a la relación entre comorbilidad psiquiátrica y riesgo de suicidio, estudios longitudinales realizados con personas con sintomatología depresiva han encontrado que el factor que más predice el riesgo de realizar futuros intentos de suicidio es la presencia de un trastorno de personalidad del grupo B, principalmente el TLP (Bolton, Pagura, Enns, Grant y Sareen, 2010; Conrad *et al.*, 2009; May, Klonsky y Klein, 2012).

Sin embargo, la presencia de factores de riesgo no explica totalmente la conducta suicida (Hawton y van Heeringen, 2009). Recientemente, la investigación del suicidio se ha interesado en estudiar las habilidades o creencias que pueden actuar como amortiguadores de los factores de riesgo para el suicidio y que protegen a la persona de cometer el suicidio (Johnson, Gooding, Wood y Tarrier, 2010). Los factores de protección son aquellos que reducen la probabilidad de que se produzca un resultado negativo cuando están presentes los factores de riesgo

para este resultado (Kazdin, 2003). El concepto de resiliencia se refiere a un conjunto de factores asociados a la reducción de la aparición de trastornos cuando la probabilidad es alta (Bonano, Galea, Buccioarelli y Vlahov, 2007). La resiliencia se ha estudiado ampliamente en Psicología (Bradley, Schwartz y Kaslow, 2005), sin embargo, existen pocos estudios que se centren en la resiliencia hacia el suicidio (Johnson, Gooding, Wood, Taylor, Pratt y Tarrier, 2010; Osman *et al.*, 2004).

En los últimos años se ha producido un elevado interés en el estudio del significado de la vida como un factor de protección (Kleiman y Beaver, 2013; Przepiorka, 2012; Schulenberg, Strack y Buchanan, 2011). Para Frankl (2001) el sentido de la vida es la fuerza motivacional fundamental del ser humano y condición de la autorrealización personal. El logro de sentido se asocia positivamente a percepción y vivencia de libertad; responsabilidad y autodeterminación; cumplimiento de metas vitales; visión positiva de la vida, del futuro y de sí mismo y autorrealización (García-Alandete, Gallego-Pérez y Pérez-Delgado, 2009). Desde esta perspectiva, se teoriza que cuando no se alcanza el sentido de la vida, se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales (García-Alandete *et al.*, 2009). La ausencia de sentido de la vida da lugar a una frustración en la que la persona se desespera, pudiendo llegar al suicidio (Mascaro y Rosen, 2005). Varios estudios realizados en población general han encontrado una fuerte relación entre bajos niveles de sentido de la vida con el riesgo de suicidio (Edwards y Holden, 2003; García-Alandete *et al.*, 2009; Hunter y O'Connor, 2003). En población clínica (Heisel y Flett, 2004), encontraron que el sentido de la vida y el bienestar estaban inversamente relacionados con la ideación suicida. Sin embargo, hasta donde nosotros conocemos, no existen estudios en los que se haya investigado el sentido de la vida como factor de protección hacia el suicidio en población clínica con alto riesgo suicida como es en el TLP. El estudio de los factores mediadores del riesgo suicida en personas diagnosticadas de TLP nos permitirá identificar factores donde intervenir para reducir la conducta suicida.

El objetivo principal de este artículo es analizar el papel mediador que el sentido de la vida tiene entre la depresión y la desesperanza en pacientes con TLP con riesgo suicida.

## **Método**

### *Participantes*

La muestra provenía de tres servicios de salud mental en régimen de Hospital de Día, de tres ciudades diferentes de España. El muestreo fue consecutivo durante un año. Los criterios de inclusión fueron, tener una edad entre 16-60 años, que los participantes cumplieran los criterios diagnósticos del TLP según DSM-IV-TR (APA, 2000). Los criterios de exclusión fueron esquizofrenia y discapacidad intelectual grave o moderada. La muestra estuvo compuesta por 80 participantes, de los cuales el 93% era mujer. El 97,5% de la muestra tenían otro trastorno además del TLP, el 63,8% cumplía criterios para un trastorno de la conducta alimentaria, 15%

para un trastorno de dependencia de sustancias, el 13% para un trastorno depresivo mayor, el 3,8 % para un trastorno de ansiedad y el 1,3% para un trastorno dismórfico corporal. La edad de los participantes iba desde los 16 a los 60 años, con una media de 32,21 ( $DT= 8,85$ ). La historia de evolución del TLP estaba entre 2 y 33 años con una media de 13,18 ( $DT=6,97$ ). El nivel educativo de los participantes se distribuyó así: 26,3% universitario, 52,5% bachillerato y 21,3% estudios de primaria y secundaria. El 39,9% estaba trabajando y el 61,1% no estaba trabajando. El 15% estaba casado y el 85% soltero o separado. El 80% no tenía hijos y el 20% sí tenía. Los participantes eran europeos blancos y todos comprendía el español. Se pidió la participación voluntaria y el consentimiento informado para poder participar. No recibieron ninguna compensación por su participación. La investigación fue aprobada por el comité ético del hospital.

### *Instrumentos*

- “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorder*, SCID I; First, Spitzer, Gibbon y Williams, 1999). Esta entrevista permite obtener los principales diagnósticos del eje I según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Es ampliamente utilizada en la investigación y en la práctica clínica en salud mental. Presenta adecuadas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad interjueces para los diferentes diagnósticos ( $Kappa= 0,66-0,83$ ) (Lobbestael, Leurgans y Arntz, 2010).
- “Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV” (*Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders*, SCID II; First, Gibbon, Spitzer, Williams y Benjamin, 1999). Es una entrevista semiestructurada para evaluar y diagnosticar los trastornos de la personalidad según el DSM-IV-TR (APA, 2000). Incluye 119 preguntas. Presenta óptimas propiedades psicométricas con una alta fiabilidad interjueces para los diferentes trastornos de la personalidad ( $Kappa= 0,83-0,95$ ) (Lobbestael, Leurgans y Arntz, 2010).
- “Inventario de depresión de Beck-II” (*Beck Depression Inventory-II*, BDI-II; Beck, Steer y Brown, 1996). Este inventario formado por 21 ítems con cuatro alternativas de respuesta (0-4), valora sintomatología depresiva. Establece diferentes rangos cuantitativos de depresión: depresión ausente o mínima (< 13), depresión entre leve y moderada (14-19), depresión moderada (20-28) y depresión grave (> 28). Ofrece buenas propiedades psicométricas en su versión española (Sanz, García-Vera, Espinosa, Fortun y Vazquez, 2005). En nuestra muestra presentaba una adecuada fiabilidad ( $\alpha= 0,93$ ).
- “Sentido/propósito en la vida” (*Purpose In Life*, PIL; Crumbaugh y Maholick, 1969). En este estudio se ha utilizado la parte A del PIL, formado por 20 ítems con escala tipo Likert (1 hasta 7). Ofrece una medida del nivel de logro del sentido de la vida. Se compone de ítems tales como: “la vida me parece completamente aburrida” con una respuesta tipo Likert (va desde “1= completamente rutinaria” hasta “7= siempre emocionante”), ítem 4, “mi

existencia personal es" (desde "1= sin sentido ni propósito" hasta "7= llena de sentidos y propósitos") o ítem 10, "Si muriera hoy, me parecería que mi vida ha sido" (desde "1= vacía" hasta "7= un conjunto de cosas buenas y emocionantes"). Las puntuaciones oscilan entre 20 y 140 puntos, pudiendo distinguirse 3 niveles: inferiores a 90 indican nivel de vacío existencial, entre 90 y 105 indican nivel de indefinición con respecto al sentido de la vida y superiores a 105 indican nivel de logro de sentido. Esta escala, que alcanza un alto coeficiente de fiabilidad 0,84 (Guttman, 1996) y consistencia interna ( $\alpha=0,88$ ) (Noblejas de la Flor, 2000). En nuestra muestra presentaba una adecuada fiabilidad ( $\alpha=0,91$ ).

- "Escala de desesperanza" (*Hopelessness Scale*, HS; Beck *et al.*, 1974). Está diseñada para la evaluación de la desesperanza. Evalúa las expectativas negativas sobre el futuro y el bienestar personal y las habilidades personales para resolver las dificultades y alcanzar el éxito. Está formada por 20 ítems de respuesta dicotómica (Verdadero o Falso). La puntuación total oscila entre 0 y 20. Se distinguen 4 niveles de desesperanza: 0-3 nivel nulo-mínimo; 4-8 nivel leve; 9-14, nivel moderado y 15-20 nivel alto. Una puntuaciones de 9 o más indican una probabilidad 11 veces mayor de cometer suicidio que aquellas personas que han puntuado 8 o menos (Beck *et al.*, 1989). Presenta una alta consistencia interna ( $\alpha=0,93$ ) y estabilidad temporal (Beck *et al.*, 1974). Está validada en población española (Viñas *et al.*, 2004). En nuestra muestra presentaba una adecuada fiabilidad ( $\alpha=0,9$ ).

### *Procedimiento*

Realizamos tres sesiones individuales para la evaluación. Los diagnósticos de los trastornos de la personalidad se realizaron mediante la entrevista SCID-II y el diagnóstico para los trastornos mentales se realizaron con la entrevista SCID-I. Los evaluadores administraron la entrevista SCID-II en la primera sesión de evaluación y la SCID-I en la segunda. En la tercera sesión de evaluación completaron los cuestionarios en presencia del evaluador. Los evaluadores eran psicólogos especialistas en psicología clínica y doctores.

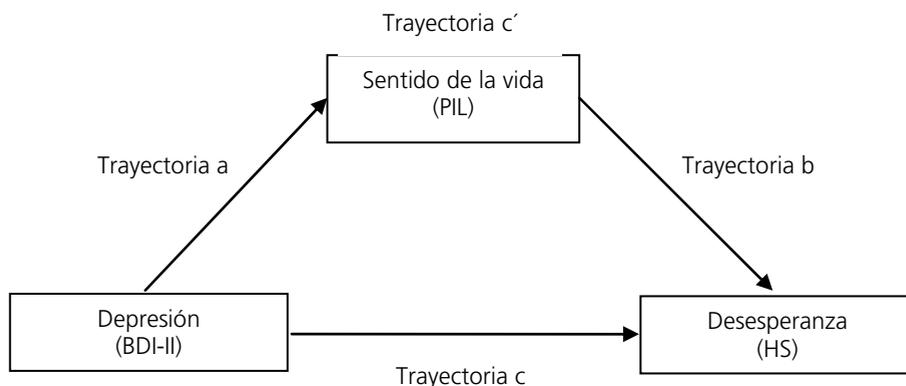
### *Análisis de datos*

Dado que las tres variables estudiadas pretenden medir constructos muy relacionados entre sí, para reducir los posibles problemas de confusión de las medidas, decidimos eliminar aquellos ítems de cada instrumento que midieran algún aspecto de otro constructo. De esta manera eliminamos el ítem 2 del BDI que mide pesimismo y desesperanza (desde "0= no estoy desanimado sobre mi futuro" hasta "4= siento que mi futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán") y también eliminamos del PIL el ítem 16 que mide síntomas de la depresión como son los pensamientos de suicidio ("con respecto al suicidio" desde "1= lo he considerado seriamente como una salida a mi situación" hasta "7= nunca le he dedicado ni un segundo a este pensamiento").

Para confirmar que eran personas con altas puntuaciones en los factores de riesgo suicida (BDI, PIL y HS) calculamos los estadísticos descriptivos. Para comprobar las correlaciones entre las tres variables utilizamos el coeficiente de correlación de Pearson. Con el objetivo de comprobar si el sentido de la vida media entre la depresión y la desesperanza calculamos tres ecuaciones de regresión siguiendo el procedimiento de tres pasos (Baron y Kenny, 1986; Frazier, Tix y Barron, 2004). En la figura 1 podemos ver el modelo de mediación hipotetizado. En primer lugar realizamos un análisis de regresión entre la variable independiente depresión (operativizada con la escala BDI) y la variable mediadora sentido de la vida (operativizada con la escala PIL) que se corresponde con la trayectoria (*path*) a de la figura 1. En segundo lugar, realizamos un análisis de regresión entre la variable independiente depresión y la variable dependiente desesperanza (operativizada con la escala HS) que se corresponde con la trayectoria c de la figura 1. Tercero, realizamos el análisis de regresión de entre la variable independiente depresión y la variable mediadora sentido de la vida conjuntamente, sobre la variable dependiente desesperanza, obteniendo la trayectoria b y c' de la figura 1. Posteriormente comprobamos si la magnitud de la asociación entre depresión y desesperanza se redujo cuando se controló estadísticamente el sentido de la vida. Si todas estas condiciones se cumplen sería apropiado inferir que el sentido de la vida es una variable mediadora de la asociación entre depresión y desesperanza (Baron y Kenny, 1986; Frazier *et al.*, 2004). Posteriormente, para calcular la significación estadística de la mediación se utilizó el test de Sobel (Frazier *et al.*, 2004). Todos los análisis se realizaron con las variables centradas. Finalmente calculamos la proporción del efecto total que fue mediado por el sentido de la vida, con la siguiente fórmula:  $ab/c$  (Frazier *et al.*, 2004). Para la realización de los cálculos estadísticos utilizamos el programa SPSS versión 20 (SPSS, 2011).

**Figura 1**

El sentido de la vida media la relación entre la depresión y la desesperanza en personas con trastorno límite de la personalidad



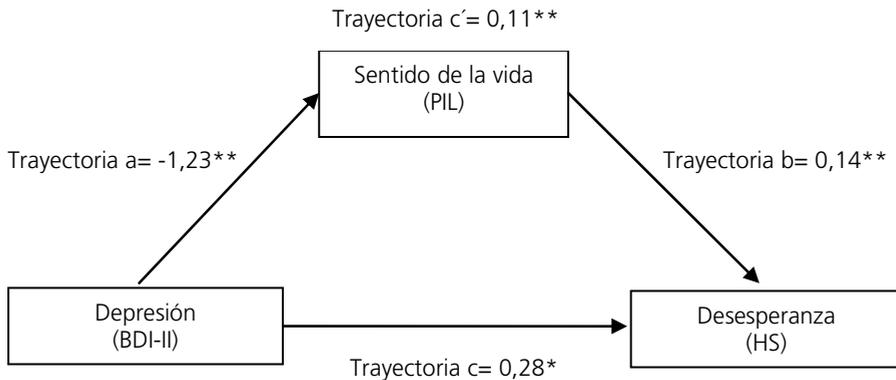
## Resultados

Los participantes presentaban un nivel de depresión grave (BDI) ( $M= 28,52$ ;  $DT= 15,09$ ), se encontraban en ausencia de sentido de la vida (PIL) ( $M= 70,71$ ;  $DT= 23,01$ ) y presentaban un nivel moderado de desesperanza (HS) ( $M= 9,91$ ;  $DT= 5,59$ ). Como era de esperar, el sentido de la vida mostró una correlación negativa con la desesperanza ( $r= -0,78$ ;  $p < 0,001$ ) y con la depresión ( $r= -0,8$ ;  $p < 0,001$ ). La desesperanza mostró una correlación positiva con la depresión ( $r= 0,73$ ;  $p < 0,001$ ).

Como podemos ver en la figura 2, el sentido de la vida mostró un efecto de mediación parcial entre depresión y desesperanza. Todas las condiciones requeridas para la mediación se cumplieron. Primero, la depresión predijo de manera estadísticamente significativa la desesperanza (trayectoria c) ( $\beta= 0,28$ ;  $t_{(79)}= 9,49$ ;  $p < 0,001$ ). Segundo, la depresión predijo de manera estadísticamente significativa al sentido de la vida (trayectoria a) ( $\beta= -1,23$ ;  $t_{(79)}= -11,78$ ;  $p < 0,001$ ). Tercero, el sentido de la vida predijo de manera estadísticamente significativa a la desesperanza mientras la depresión fue controlada (trayectoria b) ( $\beta= -0,14$ ;  $t_{(79)}= -4,83$ ;  $p < 0,001$ ). Finalmente, podemos comprobar que cuando introducimos la variable mediadora sentido de la vida en el modelo, la asociación entre depresión y desesperanza se redujo de manera significativa (trayectoria c') ( $\beta= 0,11$ ;  $t_{(79)}= 2,59$ ;  $p < 0,01$ ). El test de Sobel indicó que el efecto de mediación era estadísticamente significativo (test de Sobel  $z= 4,36$ ;  $p < 0,001$ ). Finalmente calculamos que el 61% del efecto total de la depresión sobre la desesperanza fue mediado por el sentido de la vida.

**Figura 2**

El sentido de la vida media la relación entre la depresión y la desesperanza en personas con trastorno límite de la personalidad



Nota: \* $p < 0,01$ ; \*\* $p < 0,001$

## Discusión

El objetivo principal de este estudio era analizar el papel mediador que el significado de la vida tiene entre la depresión y la desesperanza en pacientes con TLP. Para esta investigación seleccionamos participantes que tenían altas puntuaciones en los principales factores de riesgo suicida (Hawton y van Heeringen, 2009). Los resultados nos indican que el sentido de la vida actúa como variable mediadora entre el factor de riesgo depresión y la desesperanza. Por otra parte, los resultados nos indican que existe una correlación negativa entre sentido de la vida y la desesperanza, es decir que un mayor sentido de la vida está asociado a una menor desesperanza. Así pues, se han confirmado la hipótesis principal del presente estudio, el significado de la vida se ha mostrado como un factor mediador y protector de la desesperanza, en pacientes con alto riesgo para el suicidio. Teniendo en cuenta los estudios que indican que la desesperanza es el principal predictor de la conducta suicida (Beck, 2006; Klonsky *et al.*, 2012; Kuo *et al.*, 2004), este resultado es coherente con los resultados observados en estudios anteriores en los que se ha observado una fuerte asociación negativa entre falta de sentido en la vida con el riesgo de suicidio en población general (Edwards y Holden, 2003; García-Alandete *et al.*, 2009; Hunter y O'Connor, 2003) y en pacientes psicóticos (Heisel y Flett, 2004).

El TLP está asociado con una alta incidencia de suicidio consumado (Oldham, 2006; Paris y Zweig-Frank, 2001). Por este motivo es necesario identificar los factores que reducen el riesgo de suicidio para desarrollar programas de intervención dirigidos a incrementar estos factores de protección en pacientes con TLP. A este respecto, la terapia de elección para el TLP (*National Institute of Clinical Excellence* [NICE], 2009), la terapia dialéctica comportamental (Lineham, 1993) en uno de sus módulos de intervención, se centra en que las pacientes identifiquen aquellos valores que consideran importantes en su vida para posteriormente aprender a fijar sus objetivos a largo y corto plazo, así como, las metas y las acciones semanales en función de sus valores de vida. Todo ello con el objetivo de crear vidas que merezcan la pena ser vividas, es decir vidas con sentido. La idea de que las pacientes desarrollen una vida con dignidad y que merezca la pena ser vividas, es un eje central en la terapia dialéctica comportamental (Lineham, 1993). Esta terapia, se ha mostrado eficaz en el tratamiento de pacientes con TLP con riesgo de suicidio y en la reducción del riesgo suicida (Fernández, 1996; García-Palacios, Navarro, Guillen, Marco y Botella, 2010; Lineham *et al.*, 2006; Marco, García-Palacios, Navarro y Botella, 2012). Sin embargo, desconocemos el efecto que la terapia dialéctica comportamental tiene sobre el sentido de la vida. De la misma manera, estos resultados nos sugieren que la aplicación de programas de intervención centrados específicamente en el sentido de la vida, tales como la terapia de aceptación y compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999), en personas en los que se detectan factores de riesgo para el suicidio, podrían ser eficaces para reducir su vulnerabilidad al suicidio. Por otra parte, el presente estudio nos subraya la necesidad de introducir la evaluación del significado de la vida, como por ejemplo con el PIL (Crumbaugh y Maholick, 1969) o con la "Escala de razones para vivir" (*Reasons for living Inventory*;

Linehan, Goodstein, Nielsen y Chiles, 1983) en los protocolos de evaluación de las pacientes con TLP.

Una de las fortalezas de este trabajo es la muestra utilizada, que proviene de tres servicios diferentes especializados en salud mental. Por otra parte, los participantes presentaban los principales factores de riesgo reconocidos en la literatura: diagnóstico de TLP, altos niveles de depresión y altos niveles de desesperanza (Bolton *et al.*, 2010; Hawton y van Heeringen, 2009; May *et al.*, 2012). Como hemos comentado anteriormente, los criterios de inclusión fueron muy amplios y como consecuencia los participantes son representativos de los usuarios habituales de los servicios de salud mental. La muestra estaba formada casi toda por mujeres, lo que es esperable ya que en los estudios epidemiológicos sobre el TLP se confirma que alrededor del 75% de los pacientes son mujeres (Gunderson y Links, 2008). Por este motivo, estos resultados serían generalizables para mujeres diagnosticadas con TLP.

Este trabajo presenta ciertas limitaciones que queremos destacar. La primera y más importante es la alta correlación entre las medidas utilizadas (BDI, HS y PIL), esto nos indica que puede haber un solapamiento entre estas variables. Para evitar este solapamiento hemos eliminado los ítems específicos de las medidas que evalúen algún aspecto concreto de alguna de las otras medidas, a pesar de esto la correlación entre ellas es alta. Además, hacer el estudio transversal nos impide hablar de causalidad entre las variables, por lo que estos datos hay que tomarlos con la cautela necesaria y en futuras investigaciones es necesario replicar este trabajo con un diseño longitudinal y con una muestra mayor. En el presente trabajo no hemos controlado otras variables que podría afectar a la relación entre la variable predictora, la mediadora y la predicha. Variables tales como el nivel de actividad general, la presencia de sucesos traumáticos, años de evolución de la enfermedad o la edad de las pacientes, deberán ser controladas en futuros trabajos. En el análisis de los datos se podría haber utilizado técnicas más robustas, como por ejemplo los métodos de remuestreo con reposición (*bootstrapping*), sin embargo hemos utilizado un test de mediación (Baron y Kenny, 1986) y la confirmación con el test de Sobel (Frazier *et al.*, 2004) que son ampliamente aceptados en Psicología (Frazier, *et al.*, 2004).

En este trabajo hemos utilizado como variable dependiente la desesperanza, evaluada mediante la HS (Beck, *et al.*, 1974). Existen numerosos estudios que confirman su validez predictiva del suicidio consumado (Beck, 2006; Klonsky, *et al.*, 2012; Kuo, *et al.*, 2004; Petrie, Chamberlain y Clarke, 1988), además de mostrar una excelente consistencia interna y fiabilidad. Por este motivo consideramos que es una medida adecuada del riesgo de suicidio consumado y por lo tanto muy interesante para estudiar los factores de resiliencia hacia el suicidio.

Este trabajo nos genera varias cuestiones relacionadas con la con la práctica clínica que deben ser analizadas en futuras investigaciones. Por una parte es necesario analizar el efecto que los actuales tratamientos que reciben las personas diagnosticadas de TLP tienen sobre el sentido de la vida. Por otra parte, tendremos que comprobar empíricamente si las intervenciones psicoterapéuticas dirigidas a desarrollar el sentido de la vida en los pacientes con TLP son eficaces para reducir

el riesgo de suicidio. Además, sería importante comprobar si el sentido de la vida actúa como amortiguador de otros factores de riesgo específicos para el suicidio como pueden ser: los intentos previos de suicidio, la presencia de autolesiones no suicidas, la impulsividad, estar solo o tener un bajo apoyo social (Beautrais, 2004; Hawton y van Heeringen, 2009). Finalmente, hemos de comprobar si los resultados presentados en el presente trabajo se replican en una muestra formada por hombres diagnosticados con TLP.

El presente estudio, aunque es un estudio preliminar, es el primero que demuestra el papel mediador y protector que el sentido de la vida tiene entre la depresión y la desesperanza en personas diagnosticadas con TLP. Los resultados encontrados nos indican la importancia de evaluar e intervenir en este constructo en las personas diagnosticadas con TLP. Nuevas investigaciones son necesarias para estudiar el papel mediador o protector del sentido de la vida en otros trastornos mentales.

## Referencias

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4ª ed., texto rev.). Washington, DC: Autor.
- Baron, R. M. y Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*, 1173-1182.
- Beautrais, A. L. (2004). Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, *34*, 1-11.
- Beck, A. T. (2006). Hopelessness as a predictor of eventual suicide. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *487*, 90-96.
- Beck, A. T., Brown, G. y Steer, R. A. (1989). Prediction of eventual suicide in psychiatric inpatients by clinical ratings of hopelessness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *57*, 309-310.
- Beck, A. T., Steer, R. A. y Brown, G. K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II* (2ª ed.). San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Kovacs, M. y Garrison, B. (1985). Hopelessness and eventual suicide: a ten-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *American Journal of Psychiatry*, *142*, 559-563.
- Beck, A. T., Weissman, A., Lester, D. y Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the Hopelessness Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*, 861-865.
- Bolton, J. M., Pagura, J., Enns, M. W., Grant, B. y Sareen, J. (2010). A population-based longitudinal study of risk factors for suicide attempts in major depressive disorder. *Journal of Psychiatric Research*, *44*, 817-826.
- Bonanno, G. A., Galea, S., Bucchiarelli, A. y Vlahov, D. (2007). What predicts psychological resilience after disaster? The role of demographics, resources, and life stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 671-682.
- Bradley, R., Schwartz, A. C. y Kaslow, N. J. (2005). Posttraumatic Stress Disorder symptoms among low-income, African American women with a history of intimate partner violence and suicidal behaviors: self-esteem, social support, and religious coping. *Journal of Traumatic Stress*, *18*, 685-696.
- Brown, G. K., Beck, A. T., Steer, R. A. y Grisham, J. R. (2000). Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 371-377.

- Crumbaugh, J. C. y Maholick, L. T. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. Saratoga, CA: Viktor Frankl Institute of Logotherapy.
- Conrad, R., Walz, F., Geiser, F., Imbierowicz, K., Liedtke, R. y Wegener, I. (2009). Temperament and character personality profile in relation to suicidal ideation and suicide attempts in major depressed patients. *Psychiatry Research*, 170, 212-217.
- Edwards, M. J. y Holden, R. R. (2003). Coping, meaning in life, and suicidal manifestations: examining gender differences. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1133-1150.
- Frazier, P., Tix, A. P. y Barron, K. E. (2004). Testing moderator and mediator effects in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51, 115-134.
- Frankl, V. E. (2001). *Psicoterapia y existencialismo. Escritos selectos sobre logoterapia*. Barcelona: Herder.
- Fernández, B. A. (1996). La terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad. *Psicología Conductual*, 4, 123-140.
- First, M. B., Gibbon, M., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W. y Benjamin, L. S. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje II del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M. y Williams, J. B. W. (1999). *Entrevista clínica estructurada para los trastornos del eje I del DSM-IV*. Barcelona: Masson. (Orig. 1997).
- García-Alandete, J., Gallego-Pérez, J. F. y Pérez-Delgado, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Universitas Psychologica*, 8, 447-454.
- García-Palacios, A., Navarro, M. V., Guillen, V., Marco, H. y Botella, C. (2010). Estudio preliminar sobre la eficacia de la terapia dialéctica comportamental en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad y bulimia nerviosa. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 18, 197-216.
- Gunderson, J. G. y Links, P. S. (2008). The borderline diagnosis. En J. G. Gunderson y P. S. Links (dirs.), *Borderline personality disorder. A clinical guide* (2ª ed.) (pp.1-28). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Guttman, D. (1996). *Logotherapy for the helping professional: meaningful social work*. Nueva York: Springer.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: an experiential approach to behavior change*. Nueva York: Guilford.
- Heisel, M. J. y Flett, G. L. (2004). Purpose in life, satisfaction with life, and suicide ideation in a clinical sample. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 127-135.
- Hawton, K. y van Heeringen, K. (2009). Suicide. *The Lancet*, 373, 1372-1381.
- Hunter, E. C. y O'Connor, R. C. (2003). Hopelessness and future thinking in parasuicide: the role of perfectionism. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 355-365.
- Johnson, J., Gooding, P., Wood, A. M. y Tarrier, N. (2010). Resilience as positive coping appraisals: testing the schematic appraisals model of suicide (SAMS). *Behaviour Research and Therapy*, 48, 179-186.
- Johnson, J., Gooding, P. A., Wood, A. M., Taylor, P. J., Pratt, D y Tarrier, N. (2010). Resilience to suicidal ideation in psychosis: positive self-appraisals buffer the impact of hopelessness. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 883-889.
- Kazdin A. E. (2003). *Research design in Clinical Psychology* (4ª ed.) Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Kleiman, E. M. y Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry Research*, 210, 934-939.
- Klonsky, E. D., Kotov, R., Bakst, S., Rabinowitz, J. y Bromet, E. J. (2012). Hopelessness as a predictor of attempted suicide among first admission patients with psychosis: a 10-year cohort study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 42(1), 1-10.

- Kullgren, G., Renberg, E. y Jacobsson, L. (1986). An empirical study of borderline personality disorder and psychiatric suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 328-31.
- Kuo, W. H., Gallo, J. J. y Eaton, W. (2004). Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality: a 13-year community based study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39, 497-501.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Nueva York: Guilford.
- Linehan, M., M., Comtois, K., Murray, A., Brown, M., Gallop, R., Heard, H. y Lindenboim, N. (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., Goodstein, J. L., Nielsen, S. L. y Chiles, J. A. (1983). Reasons for staying alive when you are thinking of killing yourself: the Reasons for Living Inventory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 276-286.
- Lobbetael, J., Leurgans, M. y Arntz, A. (2010). Inter-rater reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID I) and Axis II Disorders (SCID II). *Clinical psychology & psychotherapy*, 18, 75-79.
- Marco, J. H., García-Palacios, A., Navarro M. y Botella, C. (2012). Aplicación de la terapia dialéctica comportamental a un caso de anorexia nerviosa y trastorno límite de la personalidad resistente al tratamiento: seguimiento a los 24 meses. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21, 121-128.
- Mascaro, N. y Rosen, D. H. (2005). Existential meaning's role in the enhancement of hope and prevention of depressive symptoms. *Journal of Personality*, 73, 985-1014.
- May, A. M., Klonsky, E. D. y Klein, D. N. (2012). Predicting future suicide attempts among depressed suicide ideators: a 10-year longitudinal study. *Journal of Psychiatric Research*, 46, 946-952.
- National Institute for Clinical Guideline (2009). Borderline personality disorder: treatment and management. National Collaborating Centre for Mental Health Commissioned by National Institute for Health and Clinical Excellence. Londres. Recuperado el 10 de diciembre de 2013, desde <http://www.nice.org.uk/guidance>.
- Noblejas de la Flor, M. A. (2000). Fiabilidad de los tests PIL y Logotest. *NOUS. Boletín de Logoterapia y Análisis Existencial*, 4, 81-90.
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163, 20-26.
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. y Kopper, B. A. (2004). Suicide Resilience Inventory-25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*, 94, 134-1360.
- Paris, J. y Zweig-Frank, H. (2001). A 27- year follow-up study of patients with borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 42, 782-487.
- Petrie, K., Chamberlain, K. y Clarke, D. (1988). Psychological predictors of future suicidal behavior in hospitalised suicide attempters. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 247-258.
- Przepiorka, A. (2012). The relationship between attitude toward time and the presence of meaning in life. *International Journal of Applied Psychology*, 2, 22-30.
- Runeson, B. y Beskow, J. (1991). Borderline personality disorder in young Swedish suicides. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 153-156.
- Sanz, J., García-Vera, M. P., Espinosa, R., Fortun, M. y Vázquez, C. (2005). Adaptación española del Inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): propiedades psicométricas en pacientes con trastornos psicológicos. *Clinica y Salud*, 16, 121-142.

- Schulenberg, S. E., Strack, K. M. y Buchanan, E. M. (2011). The Meaning in Life Questionnaire: psychometric properties with individuals with serious mental illness in a inpatient setting. *Journal of Clinical Psychology, 67*, 1210-1219.
- Viñas, F., Villar, E., Caparrós, B., Juan, J., Cornellá, M. y Pérez, I. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: descriptive analysis and its relationship to adapting university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 39*, 326-334.

RECIBIDO: 25 de febrero de 2014

ACEPTADO: 13 de junio de 2014