

ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PSICOTERAPIAS BASADAS EN EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

JUAN GABRIEL SERNA GUERRERO

Maestro en Psicoterapia Psicoanalítica por el CiES. Docente e investigador de la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Docente e investigador de la Universidad Dr. Alberto Zoebisch. Consulta privada

Recepción: 25 octubre 2024/ Aceptación: 24 noviembre 2024

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad es un síndrome multisintomático, caracterizado por una intensa desregulación emocional, por fallas y alteraciones en las relaciones interpersonales y una pobre integración de la personalidad. Durante los últimos años diversas investigaciones han valorado la eficacia de distintas estrategias psicoterapéuticas para la disminución de síntomas específicos y el tratamiento del trastorno en sí, dando lugar a la aparición de tratamientos especializados de desde distintos enfoques teóricos. El objetivo de este trabajo es llevar a cabo la revisión de las características teóricas y técnicas de las psicoterapias basadas en evidencia que han mostrado efectividad en el tratamiento del TLP. Los modelos revisados son la Terapia Dialectica Conductual (DBT), Terapia Basada en Mentalizaciones (MBT), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) y la Terapia de Esquemas (SCT). La evidencia acerca de la efectividad de los tratamientos es constatada a través de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y narrativas, así como diversos metaanálisis que confirman su pertinencia terapéutica en el tratamiento del TLP. Se encuentran diferencias en las intervenciones de acuerdo a los factores en que cada una tiene mayor impacto, sin embargo ninguno de los enfoques parece tener mayor eficacia que otro. El estudio puede contribuir para tomar decisiones informadas sobre la elección de los tratamientos a partir del interés específico de cada investigador o de las necesidades de cada caso, consiguiendo una visión más amplia y funcional del trastorno mayormente centrado en el paciente.

PALABRAS CLAVE: efectividad, investigaciones, psicoterapia, tratamientos, trastorno límite de la personalidad.

SUMMARY

Borderline personality disorder is a multisymptomatic syndrome, characterized by intense emotional dysregulation, failures and alterations in interpersonal relationships, and poor personality integration. During recent years, various investigations have assessed the effectiveness of different psychotherapeutic strategies for the reduction of specific symptoms and the treatment of the disorder itself, giving rise to the emergence of specialized treatments from different theoretical approaches. The objective of this work is to carry out a review of the theoretical and technical characteristics of evidence-based psychotherapies that have shown effectiveness in the treatment of BPD. The models reviewed are Dialectical Behavior Therapy (DBT), Mentalization-Based Therapy (MBT), Transference Focused Psychotherapy (TFP) and Schema Therapy (SCT). The evidence about the effectiveness of the treatments is verified through clinical trials, systematic and narrative reviews, as well as various meta-analyses that confirm their therapeutic relevance in the treatment of BPD. Differences are found in the interventions according to the factors in which each one has a greater impact, however none of the approaches seems to be more effective than the other. The study can contribute to making informed decisions about the choice of treatments based on the specific interest of each researcher or the needs of each case, achieving a broader and more functional vision of the disorder, mostly centered on the patient.

KEYWORDS: treatments, borderline personality disorder, effectiveness, psychotherapy, research.

RÉSUMÉ

Le trouble de la personnalité limite est un syndrome multisymptomatique, caractérisé par une dérégulation émotionnelle intense, des échecs et des altérations des relations interpersonnelles et une mauvaise intégration de la personnalité. Au cours des dernières années, diverses recherches ont évalué l'efficacité de différentes stratégies psy-

chothérapeutiques pour la réduction de symptômes spécifiques et le traitement du trouble lui-même, donnant lieu à l'émergence de traitements spécialisés issus de différentes approches théoriques. L'objectif de ce travail est de réaliser une revue des caractéristiques théoriques et techniques des psychothérapies factuelles qui ont montré leur efficacité dans le traitement du trouble borderline. Les modèles examinés sont la thérapie comportementale dialectique (TCD), la thérapie basée sur la mentalisation (MBT), la psychothérapie centrée sur le transfert (TFP) et la thérapie par schémas (SCT). Les preuves de l'efficacité des traitements sont vérifiées par des essais cliniques, des revues systématiques et narratives, ainsi que diverses méta-analyses qui confirment leur pertinence thérapeutique dans le traitement du trouble borderline. Des différences sont constatées dans les interventions selon les facteurs dans lesquels chacune a un plus grand impact, cependant aucune des approches ne semble être plus efficace que l'autre. L'étude peut contribuer à prendre des décisions éclairées sur le choix des traitements en fonction de l'intérêt spécifique de chaque chercheur ou des besoins de chaque cas, en obtenant une vision plus large et plus fonctionnelle du trouble, principalement centrée sur le patient.

MOTS CLÉS: efficacité, recherche, psychothérapie, traitements, trouble de la personnalité limite.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo a la sección II del Manual de Trastornos mentales y estadística [1] (DSM-5) se caracteriza al Trastorno Límite de la Personalidad (301.83 DSM-5, F60.3 CIE-10 y en el CIE-11 bajo el nombre de trastorno de la Personalidad con Patrón Límite, cod: 6D11.5) por la presencia de un patrón persistente de inestabilidad afectiva, interpersonal y de autoimagen, así como una visión dicotómica y radicalizada de la realidad así como la presencia de importantes fallas en la capacidad de lograr una adecuada socialización, lo anterior derivados de un alto grado de impulsividad episodios de ira y fallas en el desarrollo de habilidades sociales asertivas.[1-3]

Este trastorno cuenta regularmente tiene inicio de sus sintomatología en la adolescencia aunque la conformación diagnóstica puede realizarse hasta las primeras etapas de la edad adulta [4-8]. Existen diferentes posturas en relación a la etiología de la enfermedad, sin embargo los autores coinciden en decir que el trastorno puede ser originado a partir de vivencias cargadas con gran impacto afectivo, situaciones que generan confusión emocional y desajuste de las relaciones sociales durante la infancia.[9-10]

El trastorno ha presentado dificultades para su clasificación desde su inclusión en la tercera edición del Manual de Diagnóstico y Estadística de la APA (DSM III) [11] pues genera confusión respecto de su sintomatología. La problemática parece inherente al trastorno mismo, ya que desde su primer mención en 1938 por Adolph Stern, cuando se entendía que Personalidad Límite era un término medio entre las patologías propias a las neurosis y psicosis [12], no era precisa la forma clínica del padecimiento ni claro su abordaje terapéutico. Actualmente y a pesar de que la clasificación del trastorno es clara, siguen siendo complicadas sus delimitaciones pues una de las particularidades del trastorno es la alta comorbilidad con que cuenta, sobre todo con las sintomatologías propias de la depresión, ansiedad y estados paranoides, muchas de las personas que presentan el trastorno pueden generar ideas delirantes transitorias y síntomas disociativos graves. [1,13]

Uno de los intentos más sólidos para lograr la delimitación clínica y el diseño psicoteraputico propio del trastorno ha llegado de la mano de autores provenientes del campo del psicoanálisis como Otto Kernberg, quien ha propuesto darle un lugar propio dentro de las estructuras psíquicas y en lugar al TLP como un trastorno único en la frontera de las neurosis y psicosis lo plantea dentro de una propia clasificación estructural que denomina Organización Límite (OL) [7,10] en la cual encuentran lugar diferentes trastornos y patologías que en otro momento desconcertaban por una aparente falta de dimensión tópica. Así mismo encontramos autores como Yoemans y Clarkin [7,9], quienes plantean formas de tratamiento especializadas basadas en preceptos psicoanalíticos para los trastornos de la OL que han podido trascender los espacios de la consulta privada para llegar al campo de la investigación que confirman su efectividad con ensa-

yos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas, revisiones narrativas y metaanálisis, los espacios y también autores como Stephan Doering [2] quien han podido hacer investigación comparativa de los diferentes abordajes terapéuticos para las patologías propias de las OL especialmente del TLP, encontrando resultados que han permitido el diseño de estrategias clínicas de impacto para los tratamientos.

De acuerdo con datos del año 2023, obtenidos a través de la Secretaria de Salud, se estima que entre el 2 y el 3% de la población presenta TLP, lo que representa más de 38 millones de personas en México padeciendo este trastorno; afecta al 10% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos y entre el 15-20% de los pacientes ingresados en alguna institución psiquiátrica¹⁴, estadísticamente, es el trastorno de personalidad más frecuente en el mundo.¹ Este trastorno se inicia en la adolescencia pero solo puede ser diagnosticado en la edad adulta, los datos de prevalencia también indican que entre el 76 y el 80% de los casos se presentan en mujeres¹ y puede ser una patología incapacitante debido a su sintomatología, que entre otras, incluyen un patrón de relaciones sociales inestables y una alta impulsividad que lleva, a quien padece el trastorno, a presentar múltiples conductas de riesgo, autolesivas que puede llegar en su forma más dramática al intento de suicidio. [15] Los datos epidemiológicos no hacen referencia a los métodos diagnósticos, formas de evaluación o tratamientos no psiquiátricos para los trastornos mentales, aparentemente esta falta de información se generaliza en los estudios de prevalencia en toda America Latina. [16]

De acuerdo a diferentes reportes más del 80% de la población mexicana que padece algún trastorno mental no recibe tratamientos adecuado, especializado, ni oportuno, exponiendo a la población al agravamiento de las patologías [17] En el caso específico del estado de Hidalgo a pesar de que existen 87 Módulos Básicos de Salud Mental [18] no se cuenta con información acerca del numero de pacientes con diagnóstico de TLP ni de otros específicos, con excepción del diagnóstico de depresión [19], los datos arrojados por los portales oficiales de gobierno del estado y de INEGI hacen referencia solamente al numero de población registrada con algún trastorno mental sin especificar

cuál es este, tampoco hay información si reciben o no tratamiento especializado, si son atendidos en clínicas estatales o municipales, públicas o privadas. [19-20]

En el caso específico del TLP se ha optado por abordajes terapéuticos mixtos que incluyen uso de fármacos y psicoterapias, por un lado la farmacoterapia tiene como objetivo regular a química cerebral que modifica los estados de ánimo mientras que la psicoterapia actúa resolviendo las problemáticas y conflictos que tienen impacto sobre el comportamiento. [21- 22] En años recientes se han podido llevar a cabo investigaciones que arrojan evidencia sobre la eficacia de psicoterapias específicas para el tratamiento del TLP, destacándose cuatro de ellas, dos de corte cognitivo conductual: Terapia Dialéctica Conductual (DBT) y Terapia de Esquemas (SCT) y dos con enfoque psicodinámico: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) y Terapia basada en Mentalización (MBT), aunque existen otros tratamientos que también han sido probados para el trastorno, estos han mostrado una menor efectividad o se cuenta poca información respecto a su implementación [2], Sin embargo de la misma forma que los datos epidemiológicos existen en general pocos estudios sobre el impacto de estas psicoterapias en población mexicana. [23]

Por último es importante mencionar que la implementación de políticas públicas de prevención en salud mental es escasa y aquellas dirigidas al tratamiento y prevención de factores que facilitadores del TLP es nula. [23] La importancia del desarrollo de mejores políticas públicas en salud mental permitiría contribuir a desafiar y reducir el estigma asociado con los trastornos mentales al crear una mayor conciencia y comprensión pública, lo anterior puede fomentar un entorno en el que las personas se sientan más cómodas buscando ayuda y apoyo. De la misma manera una adecuada práctica de políticas públicas en salud puede abordar las desigualdades en el acceso a la atención, donde personas de bajos ingresos, comunidades marginadas y otros grupos vulnerables puedan acceder a servicios de salud mental de calidad con mayor facilidad.

FACTORES DIAGNÓSTICOS, DIFERENCIALES Y DINÁMICOS DEL TLP

De acuerdo con las categorías de diagnóstico diferencial presentados en el DSM-5 [1] es necesario cumplir por lo menos con cinco de nueve criterios considerados para poder diagnosticar TLP, remitiéndonos a una gran cantidad de posibles combinaciones entre los diferentes síntomas, por lo que el cuadro nosológico puede presentarse de manera tan variada que dos personas diagnosticadas con TLP podrían tener muy pocas coincidencias sintomatológicas, los diferentes síntomas pueden ir desde aquellos que pueden ser evaluados de manera objetiva, como aquellos que solo pueden ser referidos subjetivamente. En relación a la importancia que hay entre uno y otro síntoma tanto en el DSM-5 [1] y el CIE-10 [24] no se tiene consideración del grado ni jerarquía en que estos se presentan por lo que no habría alguna sintomatología central para la realización del diagnóstico. [1,3,25]

El enfoque actualmente aprobado de los trastornos de personalidad que figura en la Sección II del DSM-5 no registra cambios respecto al DSM-IV, excepto que han sido removidos del antiguo Eje II del DSM-IV incluyéndolos ahora en la clasificación central de los trastornos [1]. Sin embargo, la clasificación de estos trastornos ha sido ampliada al presentar en una Sección III donde se presenta un modelo alternativo a los trastornos de la personalidad, este nuevo modelo se ha denominado híbrido [25] y ha sido elaborado en conjunto con autores de corte psicodinámico, situación que no se veía desde la publicación del DSM II y que tiene como objetivo resolver las deficiencias planteadas por el modelo diagnóstico biomédico de los trastornos de personalidad. La justificación de ello es que estos trastornos constituyen una versión extrema de los rasgos normales de personalidad existentes en cada persona. Desde este enfoque híbrido los trastornos de personalidad se caracterizan por presentar daños en el funcionamiento estructural y dinámico de las personas, considerando los ámbitos de la identidad, autodirección, empatía e intimidad así como factores patológicos presentes en el desenvolvimiento de la personalidad como la presencia de afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Las categorías diagnósticas derivadas de

este modelo incluyen solo los diagnósticos de trastornos de personalidad (antisocial, evitativo, límite, narcisista, obsesivo-compulsivo y esquizotípico) [1,25-26].

DATOS SOBRE LA COMORBILIDAD DEL TRASTORNO

Se estima que alrededor del 75% de los pacientes diagnosticados con TLP presentan comorbilidad con algún trastorno mental [27] siendo más común la presencia de trastornos depresivos, ansiedad, toxicomanías, trastornos de la conducta alimentaria y sintomatología paranoides [1,19,25-29]. De la misma manera es también común que personas diagnosticadas con TLP cumplan criterios para Trastornos de Personalidad de diferentes Clusters [29].

El DSM 5 define Cluster como las agrupaciones determinadas para clasificar los de trastornos de la personalidad, en el caso del TLP Se estima que entre 30 y 38% se presenta comorbilidad con los trastornos del Cluster A[30], principalmente con el Trastorno de Personalidad Paranoide y aproximadamente el 40% cumplen con criterios para Trastornos del Cluster B1, Trastorno Antisocial de la Personalidad y Trastorno Histriónico de la Personalidad, Finalmente también se ha encontrado entre el 20 y 40% coincidencia de síntomas y traslapamiento con trastornos del Cluster C, como el Trastorno de Personalidad por Evitación [30 -31]

De acuerdo con lo anterior podemos dar cuenta que el TLP es un trastorno cuya gravedad no solo se entiende por el alto nivel de sufrimiento subjetivo y disfuncionalidad social que genera para quien lo padece y que impacta en las diferentes esferas de su vida, sino también las dificultades y muchas veces el peligro potencial que representa para las personas con quienes conviven. El trastorno resalta por ser un síndrome, en el que las conductas suicidas, parasuicidas y autolíticas son consideradas como criterio diagnóstico. Es alto el estimado de suicidios y atentados suicidas en estos pacientes, llegando a plantearse entre un 4 y 10% caracterizando al TLP como una psicopatología de alto riesgo [32].

PROBLEMÁTICAS DE TRATAMIENTO

Podemos ahora entender un poco mejor la dificultad diagnóstica del trastorno, tanto en el aspecto diferencial como en su delimitación. Sin embargo, este no es el único obstáculo a considerar para el abordaje clínico en pacientes con TLP, puesto que también nos encontramos con dificultades al establecer un tratamiento eficaz para el trastorno, el tomar decisiones terapéuticas informadas para este trastorno puede ser el mayor de los retos. La elección del tratamiento no puede limitarse a la consideración única de la propia remisión o disminución de las características sintomáticas, como puede entenderse sobre todo en los abordajes psicoanalíticos donde el tratamiento encuentra mayor sentido en la resolución de los conflictos subyacentes al padecimiento que a sus manifestaciones evidentes. En el caso de una intervención efectiva para el TLP tendríamos que considerar las dificultades estructurales propias de la Organización Límite [7,21-22] pero sobre todo las reacciones sintomáticas (actings) que ponen en riesgo la vida del paciente considerando que de manera frecuente durante los tratamientos hay episodios de lesiones, autolesiones, intoxicación con sustancias, relaciones sexuales de riesgo y en el nivel más alto de riesgo, intentos de suicidio, por lo que puede ser común son la necesidad de utilizar servicios médicos de urgencia [32-34] Lo anterior también puede traducirse en un elevado coste institucional y las evidentes dificultades para su atención psicológica[35].

TRATAMIENTOS ESPECÍFICOS

A pesar de que de podemos encontrar desde 1938 [12] gran cantidad de escritos sobre el trastorno, solo hasta años recientes se han desarrollado tratamientos específicos para su tratamiento, así como investigaciones que aportan evidencia suficiente de su efectividad a través de ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y metaanálisis [4-6,8-9, 24-27]. Entre estas terapias se destacan cuatro, dos de corte cognitivo conductual: Terapia Dialéctica Conductual y Terapia Centrada Esquemas y dos con enfoque psicodinámico: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia y Terapia Basada en Mentalización [2,9,22] Las diferentes investigaciones apuntan a que la efectividad de los tratamientos se basa en que abordan de manera integral tanto los factores psicológicos, como los biológicos, sociales y contextuales de los pacientes.

Al ser el TLP un trastorno complejo que afecta a múltiples áreas de la vida de una persona [33]. Para comprender de manera integral la naturaleza y el tratamiento de este trastorno, es fundamental considerar de manera integral al sujeto que lo padece ya que los factores biológicos, psicológicos, sociales y contextuales pueden interactuar de maneras complejas y específicas en cada caso, lo que hace que los enfoques que contemplan estos factores de manera dinámica pueden resultar más efectivos y obtener mejores resultados en sus evaluaciones clínicas que aquellos que se interesan solo en la disminución de los síntomas o que consideran al diagnóstico como una entidad estática.

A continuación se presenta una recopilación de estudios que nos permitirán caracterizar los elementos teóricos y técnicos de las psicoterapias basadas en evidencia que han demostrado mayor efectividad en el tratamiento del TLP de acuerdo a distintas revisiones sistemáticas y metaanálisis [35 -38]. De esta manera podremos dar cuenta de los criterios con que se elaboran las estrategias diagnósticas y terapéuticas de cada una de ellas, por un lado es importante revisar las particularidades de cada una, permitiéndonos dar cuenta de cuáles son los principales retos que enfrenta cada enfoque, considerar cuáles pueden ser algunas lagunas científicas que podrían develarse en sus aproximaciones clínicas y nos permitiría explorar los alcances y limitaciones de cada una [9,15, 22, 35 – 39].

- A. Terapia Dialéctica Conductual (DBT)
- B. Terapia Centrada en Esquemas (SCT)
- C. Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)
- D. Psicoterapia Basada en Mentalización (MBT)

La mayoría de estos enfoques requieren una especialización y ofrecen diferentes formas de entender el TLP y por lo tanto plantean diferentes formulaciones y diferentes mecanismos de acción terapéutica. Los profesionales de la salud mental se enfrentan

al desafío del grado de especialización y recursos clínicos que estos enfoques requieren en sus formas procedimentales validadas empíricamente.

A. Terapia Dialéctica Conductual (DBT)

La terapia Dialéctica Conductual es una psicoterapia Cognitivo Conductual de tercera generación donde se combina planteamientos de esta corriente teórica, filosofía Zen y del budismo, integrando de estos últimos los conceptos de atención plena (mindfulness), valores del ser y aceptación del sufrimiento [40]. El programa terapéutico incluye cuatro directrices de trabajo que se realizan a través de un equipo terapéutico:

- 1) psicoterapia individual
- 2) entrenamiento grupal en habilidades
- 3) atención telefónica de las crisis
- 4) reuniones periódicas de supervisión.

De acuerdo con May et al.[41], la meta fundamental del tratamiento es que el paciente desarrolle habilidades que le permitan regular sus emociones y conducta. Esto requiere que, tanto el paciente como el terapeuta, se apeguen a de manera disciplinada a la consecución de objetivos. Sin embargo, cuando se trata de pacientes con TLP puede ser complicado ya que debido a las frecuentes crisis que se presentan, es difícil que se pueda concentrar en el aprendizaje y el terapeuta muchas veces se ve obligado a posponer el plan de la sesión para atender las crisis inmediatas. Debido a esto, el tratamiento se divide en dos componentes principales: 1) Grupo de entrenamiento específico en habilidades, donde a partir de un acompañamiento grupal se entrenan distintas habilidades en el paciente y 2) Terapia individual, donde hace que el individuo saque a la luz las habilidades aprendidas y donde se puede atender y dar respuesta a las crisis del momento, así como a otras conductas que interfieren en el curso del tratamiento [42]. Estos componentes son completados con una herramienta terapéutica: Atención telefónica en crisis, este es un punto donde el terapeuta debe tener especial atención ya que debe ser particularmente cuidadoso en que el paciente no haga un uso injustificado de esta posibilidad, ya que los pacientes con TLP suelen ser sumamente demandantes del tiempo del terapeuta y podrían querer utilizar el recurso como sustituto de la

sesión de terapia por último el enfoque es completado con supervisión, la cual se lleva a cabo entre los terapeutas involucrados para prevenir situaciones posibles de riesgo y plantear soluciones a las problemáticas del grupo en general y de cada caso en particular, de la misma manera la supervisión tendrá como función evitar que los terapeutas se involucren afectivamente con algún grupo o paciente y se pierda la neutralidad [42] esta forma de supervisión es muy parecida a la que se ha llevado a cabo de manera tradicional en los enfoques psicoanalíticos.

B. Terapia Centrada en Esquemas (SCT)

También conocida como Terapia Cognitivo-Conductual de Esquemas (TCE) [43], es una modalidad de psicoterapia que se enfoca en abordar patrones desadaptativos y persistentes de pensamientos, emociones y comportamientos, conocidos como "Esquemas" [43] Estos esquemas son estructuras cognitivas profundamente arraigadas y disfuncionales que se desarrollan durante la infancia y pueden tener un impacto significativo en la vida adulta, afectando la forma en que una persona percibe y responde a sí misma, a los demás y al mundo en general [44].

La TCE combina elementos de la terapia cognitiva, conductual como las distorsiones cognitivas y de las psicodinámicas como el impacto y consecuencia futura de las vivencias infantiles, aunque utiliza estas ideas desde sus planteamientos particulares. los esquemas para ayudar a los individuos a identificar y modificar esquemas disfuncionales, promoviendo un cambio más profundo y duradero [44].

De acuerdo con Bach B y Bernstein D.[45] La Terapia de Esquemas ha demostrado ser efectiva para una variedad de trastornos, incluyendo el TLP y otros trastornos de personalidad, así como para trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y otros problemas de salud mental. Sigue una estructura terapéutica que se adapta a las necesidades individuales del paciente y a la naturaleza de sus esquemas disfuncionales.

Como ya se ha abordado los esquemas son referidos como patrones de pensamientos, emociones y creencias arraigados de manera profunda y relativamente estables desarrollados durante la infancia y que afectan la forma en que una persona percibe, califica y experimenta el mundo. Estos esquemas son estructuras cognitivas subyacentes que influyen en la forma en que una persona procesa la información actual y que influye en la forma como se percibe a sí mismo y como relaciona con otras personas [45]

Los esquemas se forman como respuesta a experiencias tempranas significativas, de manera particularmente importante se forman a partir de las interacciones con los padres o cuidadores, de los eventos traumáticos o relaciones disfuncionales en la infancia. Estas experiencias dan forma a las creencias centrales sobre uno mismo, los demás y el mundo. Los esquemas pueden ser tanto positivos como negativos, pero en el contexto de la Terapia de Esquemas, se centran en aquellos que son disfuncionales y que pueden causar dificultades significativas en la vida de la persona [46].

Los objetivos terapéuticos de la Terapia de Esquemas se centran en abordar los patrones disfuncionales de pensamientos, emociones y comportamientos asociados con los esquemas, con el objetivo de promover un cambio cognitivo y emocional significativo [43].

C. Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP)

La TFP [10] es una terapia no directiva que combina el enfoque psicodinámico con procedimientos estructurados, fijación de límites y atención para entender el beneficio secundario de la enfermedad y anularlo, se trata de un procedimiento manualizado y basado en evidencia desarrollada por Otto Kernberg [2,47] El tratamiento está diseñado para desarrollar habilidades en el paciente que le permitan una mejor integración de su personalidad y ver a los demás en forma realista y coherente, así como reducir la necesidad de utilizar defensas que debiliten la estructura del yo y empobrezcan su repertorio de respuestas disponibles. Analiza los componentes de cada disposición transfe-rencial manifestadas en forma de díadas, que son vínculos inconcientes entre el sujeto

y los otros (objetos) las cuales incluyen una representación del sí mismo, una representación del objeto y el afecto que los une [10]

El programa terapéutico consta de psicoterapia individual secuenciada en tres fases, desarrolladas por un psicoterapeuta:

- 1) Fase inicial: formulación y establecimiento del total de relaciones activadas en la vida del paciente, especialmente de las relaciones diádicas.
- 2) Fase intermedia: observación a través de la relación transferencia actual en sesión, del intercambio de los roles correspondientes entre paciente y terapeuta, donde se representan las formas diádicas de relación.
- 3) Fase avanzada: integración y conexión interpretativa de las transferencias disociadas, positivas y negativas, del reflejo en la transferencia de las relaciones idealizadas y persecutorias, la psicoterapia es complementada por supervisión de casos dirigidas por un terapeuta experto en TFP con el objetivo de evaluar el desarrollo del proceso terapéutico, prevenir posibles dificultades y preservar la neutralidad en la relación terapeuta - paciente a través del análisis de contratransferencias [7,10]

La meta central del tratamiento será integrar las representaciones parciales del sí mismo y de los objetos internalizados, basada en la suposición de que las relaciones objetales internas disociadas adquieren su naturaleza primitiva en virtud de un acto disociativo, que separa completamente la agresión del amor, creando relaciones ya sea totalmente idealizadas o totalmente persecutorias de sí mismo y de los otros; la integración se facilita mediante el análisis de los mecanismos defensivos que mantienen activos estos estados de escisión [48].

De acuerdo con Yeomans et al. [10], la acción terapéutica se centra en la exploración y el manejo de la transferencia negativa y positiva. Los pacientes con TLP se caracterizan por desarrollar patrones persistentes de inestabilidad emocional, comportamiento impulsivo, relaciones interpersonales caóticas y una imagen distorsionada de uno mismo, estas situaciones quedan proyectadas y se exploran a través de la relación transferencia con el terapeuta.

La Psicoterapia Basada en la transferencia se elabora a partir de 4 estrategias [10,48]

1. Definir las relaciones de objeto dominantes
2. Observar e interpretar la inversión de roles
3. Observar e interpretar vínculos entre díadas que se defienden unas de las otras
4. Desarrollar en el paciente la capacidad de vivencial y experimentar relaciones más estables.

Las díadas pueden ser entendidas como unidades psíquicas formadas por representaciones parciales del yo y de los otros (objetos internalizados) que están emparejadas y unidas por un afecto por ejemplo, un sujeto puede tener sentimientos de inadecuación y deterioro y percibir a otros como críticos, hostiles, indiferentes, atacantes y enjuiciadores, lo que puede generar en el sentimientos de ansiedad, tristeza, miedo e irritabilidad.

Los sistemas representacionales internos incluyen díadas caracterizadas por representaciones opuestas (ej. Self hambriento/ carenciado – Objeto sádico/ insensible), aunque uno de los términos opuestos puede estar más cerca de la conciencia que otro; esto promueve la escisión en los objetos que terminan integrándose de forma dicotómica (solo buenos, solo malos) [7,10]. Este mecanismo, la escisión, no es sólo el fuerte contraste entre representaciones de un self bueno y un objeto malo en la misma díada, sino que, fundamentalmente, genera una brecha insalvable entre díadas totalmente investidas con afectos negativos, de odio y otras investidas con afectos positivos, amorosos [10] Estas díadas coexisten, pero están totalmente dissociadas una de otras y esta disociación tiene el propósito defensivo de proteger cada díada de la contaminación con otras o de su destrucción [41,48,49].

Está diseñado para lograr la integración del Self del paciente y acrecentar sus habilidades para controlar sus impulsos, tolerar la ansiedad, modular los afectos, sublimar sus necesidades instintivas, desarrollar relaciones interpersonales estables, satisfactorias y experimentar intimidad y amor [10,49].

D. Psicoterapia Basada en Mentalización (MBT)

La psicoterapia basada en la mentalización descrita por Bateman, A. y Fonagy, P [50] y Bateman, A. O'Connell, J., Lorenzini, N. Gardner, T. y Fonagy, P.[51] es un enfoque terapéutico que se centra en mejorar la capacidad de una persona para entender y reflexionar sobre sus propios pensamientos y emociones, tanto los propios como los de los demás. La mentalización se refiere a la habilidad de comprender y atribuir pensamientos, sentimientos, deseos e intenciones a uno mismo y a los demás, lo que permite comprender el comportamiento propio y el de los demás desde una perspectiva psicológica [50].

Este enfoque terapéutico tiene sus raíces en la teoría del apego y en las teorías psicodinámicas. Se basa en la idea de que la mentalización es una habilidad esencial para el funcionamiento psicológico saludable y para establecer relaciones interpersonales satisfactorias [50].

La terapia basada en la mentalización generalmente está compuesta por 3 fases principales divididas a lo largo de varias sesiones [8]:

- 1) Proceso de evaluación en formato individual
- 2) Sesiones de psicoeducación en formato grupal
- 3) Sesiones en formato individual con cada uno de los pacientes que componen el grupo.

La mentalización tiene como meta tratar de entender la estrecha relación que hay entre las propias conductas de las personas con respecto a esos estados mentales. Por otro lado, la mentalización es muy importante para la propia autorregulación de cada persona y también para que logre tener unas relaciones cercanas con otras personas o íntimas de una manera sana y constructiva [52]. La terapia incluye técnicas como la exploración de experiencias pasadas, identificación de patrones de pensamiento y comportamentales y el fomento a la reflexión de las interacciones sociales [50-52].

Es importante destacar que la mentalización es una capacidad que posee diferentes dimensiones, entre las que podemos encontrarnos las siguientes: cognitiva - afectiva, implícita - explícita, uno mismo - el otro, interna – externa, cuando se desequilibra la balanza en dirección hacia uno de estos polos opuestos podrían darse diferentes problemáticas que podrían desembocar en diferentes formas de sintomatología o en la constitución de entidades clínicas y patológicas [50-52]. La MBT promueve un enfoque colaborativo donde el terapeuta y paciente trabajen juntos en el entendimiento de las problemáticas centrales.

El objetivo principal de la psicoterapia basada en la mentalización es mejorar la capacidad de mentalización de la persona, lo que implica mejorar la comprensión emocional y social de los pacientes, lo que permitiría una mejor regulación emocional y el logro de relaciones interpersonales más saludables [52]

DISCUSIÓN SOBRE LA EFECTIVIDAD DE TRATAMIENTOS BASADOS EN EVIDENCIA PARA TLP

En un trabajo ya clásico realizado en 2006 por Stone, M. [34] lleva a cabo la revisión documental y teórica de los enfoques terapéuticos con mayor efectividad para el tratamiento del TLP para comparar sus estrategias de abordaje y tratamiento. El artículo hace un énfasis en las características de las psicoterapias, así como en las particularidades de sus formas procedimentales y sus bases teóricas, concluyendo que los diferentes enfoques terapéuticos aunque difieren en distintos puntos, convergen de manera unánime en los objetivos a perseguir en el tratamiento del TLP, generalizando las problemáticas centrales y los síntomas a tratar, por ejemplo coinciden en que uno de los objetivos principales es disminuir la impulsividad para evitar las conductas de riesgo y aumentar las habilidades sociales mejorando la regulación emocional. El artículo nos muestra distintos elementos argumentales para confirmar, que los enfoques basados en evidencia, muestran mejoras significativas en todos los rubros patológicos del trastorno sin tener evidencia de superioridad objetiva en ninguno, confirmando este punto en otro artículo, ahora de 2016, que le da continuación al anteriormente mencionado [4]

la razón que se da para realizar tal afirmación se basa en el interés general de los diferentes tratamientos para abordar de manera jerárquica los objetivos del tratamiento específico para TLP, mostrando mejoras en los principales rubros de atención para el trastorno, independientemente de que sea aplicado cualquiera de los cuatro modelos[2,4,6,9,21,34,37,39,41,44,50]:

1. Se aseguran de explorar y abordar adecuadamente la problemática posible de comportamientos de riesgo incluido el intento suicida tratando de regular la impulsividad.
2. Afrontan con prontitud las amenazas e intentos del paciente de interrumpir prematuramente el tratamiento.
3. Investigan y tratan las manifestaciones sintomáticas no suicidas de manera jerárquica y priorizando las de mayor gravedad.
4. Están atentos a cualquier signo de ocultación grave de información importante o cualquier signo de deshonestidad o tendencias antisociales.
5. Si se realizan las tareas anteriores, atienden los síntomas menos perturbadores que puedan estar presentes, sobre todo aquellos que puedan detonar síntomas más graves.
6. Se concentran en los rasgos de personalidad que causan problemas importantes en las relaciones interpersonales, familiares, de pareja, laborales y cotidianas.
7. Se centran en rasgos de personalidad menos disruptivos, incluidos aquellos que son más problemáticos para el paciente que para los demás.
8. Se enfocan en objetivos ocupacionales, educativos e interpersonales de largo plazo; se ocupan de dar seguimiento a la toma de decisiones como elecciones de pareja y actitudes hacia los miembros de la familia.
9. Procuran salvaguardar la integridad del paciente pero también de las personas con quienes convive de manera más frecuente y cercana

10. Elaboran estrategias para evitar en la medida de lo posible situaciones que propicien recaídas o detonantes de episodios de crisis

En 2010 Sollerberger [9] revisa los elementos teóricos y prácticos de los enfoques terapéuticos basados en evidencia para el abordaje del TLP pero incluye en su estudio los elementos de formación de los cuatro tratamientos específicos (TFP, DBT, MBT y SCT), para discutir y contrastar sus similitudes y diferencias como métodos de intervención, el énfasis lo pone en la efectividad de los tratamientos pero también dificultad de cada uno para capacitar especialistas en el enfoque así como para evaluar las particularidades procedimentales y el gasto de recursos necesarios para llevar a cabo los tratamientos. Propone que el desarrollo de criterios de indicación diferencial para las diversas psicoterapias podría conducir a una mejora adicional en el abordaje del TLP [9]. Para ello revisa los principios teóricos y metodológicos de los cuatro enfoques. Resuelve que Los cuatro enfoques han mostrado efectividad para el tratamiento de TLP, sin embargo señala de manera puntual que hace falta investigación de mantenimiento de resultados a largo plazo, concluyendo que no hay evidencia actual de superioridad objetiva en ninguna de las terapias [9].

El TLP expone retos tanto en la práctica clínica como para la psicoterapia por diversas razones, como hemos mencionado se distinguen aquellas relacionadas con su evaluación y diagnóstico, su complejidad y comorbilidad, así como en el manejo de los tratamientos. En el intento de hacerles frente podemos dar cuenta que a pesar de las diferencias en las formas de abordaje para las psicopatologías, de manera general, la psicoterapia sigue siendo la primer opción de tratamiento para la disminución de las distintas problemáticas que plantea el TLP, independientemente de la óptica teórica en que se basen y de sus formas operativas.

A pesar de que el TLP puede ser tratado a través de intervenciones psicoterapéuticas y psiquiátricas tradicionales, los estudios muestran que hasta el momento hay evidencia de mayor efectividad en cuatro enfoques terapéuticos desarrolladas como tratamientos especializados para TLP y que se han empezado a utilizar para diferentes trastornos de

personalidad: Terapia Dialéctica [40-42], Psicoterapia Focalizada en la Transferencia [47-49], Terapia Centrada en Esquemas [43-46] y la Terapia Basada en Mentalizaciones [50-52].

A pesar de que los trabajos de Stone [34] y Soldenberg [9] son considerados como investigaciones clásicas sobre la eficacia de modelos psicoterapéuticos sigue creciendo el número de ensayos clínicos, revisiones sistemáticas y metaanálisis que buscan evaluar los diferentes tratamientos especializados para TLP continúan, muestra de ello son los escritos presentados en 2016 por Alarcón R [5], en 2022 por Stoffers-Winterling JM, Storebø OJ, Kongerslev MT, et al [53]; en 2023 por Crotty K, Viswanathan M, Kennedy S, Edlund MJ, et al. [54] Y en el mismo año por Keefe JR, Levy KN, Sowislo JF, Diamond D, Doering S, Hörz-Sagstetter S, et al [55]; quienes confirman que las evaluaciones realizadas no encuentran evidencia sólida sobre la superioridad de alguna terapia sobre otra, utilizando las conductas de autolesión, la capacidad de regulación de emociones y la función reflexiva .

Las conductas de autolesión, así como la capacidad de regulación de las emociones y la Función Reflexiva han sido las variables que comúnmente han sido utilizadas para la evaluación de la efectividad en los tratamientos [5-6,9,34], de manera independiente al enfoque teórico al que se adhieren, en sentido de lo anterior, los tratamientos, ya sea de orientación Psicodinámica o Cognitiva - Conductual, han mostrado resultados satisfactorios para la evaluación de las variables mencionadas. Sin embargo, se encontraron en algunos casos donde fueron utilizados tratamientos de orientación Cognitivo - Conductual que a pesar de la mejora sintomatológica en los pacientes, no hubo una mejora significativa en su calidad de vida, esto podría explicarse en parte a que en este tipo de tratamiento no consideran como parte de sus programas terapéuticos la resolución del conflicto subyacente que provocan los síntomas [5,9,39,47,57].

La alianza Terapéutica para el tratamiento de TLP se considera una condición indispensable para la efectividad de las intervenciones, sobre todo por el alto porcentaje de abandono terapéutico que se registra en este padecimiento [57-58]. Cada enfoque plantea criterios diferentes en relación al desarrollo del vínculo entre paciente y tera-

peuta, sería importante hacer estudios a profundidad para determinar si los abandonos son resultado de la naturaleza del trastorno, la valoración del beneficio subjetivo de la terapia obtenido por los pacientes o se trata de una situación inherente y atribuible al terapeuta y su habilidad en el manejo de los tratamientos [55].

CONVERGENCIAS TERAPÉUTICAS

De acuerdo al análisis de las particularidades de los tratamientos (DBT, TFP, SCT y MBT) y la evidencia sobre sus resultados podemos dar cuenta de algunos puntos de convergencia que podrían explicar su efectividad terapéutica [59 -63]:

- 1. Enfoque en la regulación emocional:** Todas estas terapias abordan la dificultad de los pacientes para regular sus emociones, proporcionando herramientas y estrategias para manejar respuestas emocionales intensas.
- 2. Mejora de las relaciones interpersonales:** Cada terapia enfatiza la importancia de mejorar las habilidades sociales y la calidad de las relaciones interpersonales, ayudando a los pacientes a establecer conexiones más saludables.
- 3. Trabajo sobre patrones de pensamiento disfuncionales:** Tanto la SCT como la MBT se centran en identificar y modificar creencias negativas y esquemas de vida que contribuyen a los síntomas del TLP.
- 4. Uso de la relación terapéutica:** La relación entre el terapeuta y el paciente se utiliza como un medio para explorar y comprender patrones relacionales, lo que es fundamental en TFP y MBT.
- 5. Intervenciones estructuradas:** Todas las terapias siguen un enfoque estructurado, con sesiones regulares y objetivos claros, lo que proporciona un marco seguro para el tratamiento.
- 6. Énfasis en la experiencia subjetiva:** Las terapias se centran en las experiencias actuales del paciente, centrándose en el aquí y ahora, especialmente la DBT y SCT, utilizando situaciones presentes para explorar problemas subyacentes, especialmente en TFP y MBT.

7. Reducción de conductas autolesivas: Estas terapias han demostrado eficacia en disminuir comportamientos autolesivos y suicidas, un aspecto crítico en el tratamiento del TLP.

8. Desarrollo de habilidades prácticas: Se enseñan habilidades específicas para enfrentar crisis y manejar situaciones difíciles, lo que es común en los cuatro enfoques.

9. Énfasis en el autoconocimiento: Todas las terapias promueven una mayor conciencia sobre las emociones, pensamientos y comportamientos del paciente, facilitando el autoconocimiento y la autoaceptación.

10. Evidencia empírica de su eficacia: Cada una de estas terapias cuenta con respaldo científico que demuestra su efectividad en el tratamiento del TLP, lo que refuerza su uso como intervenciones basadas en evidencia.

No obstante que existen puntos de convergencia en las terapias, se debe señalar que existe una falta de homogeneidad metodológica en los resultados que reportan el nivel de efectividad de las diferentes terapias especializadas, debido a que no se cuenta con una instrumentación estandarizada para evaluar los resultados y mejora de los pacientes en tratamiento, lo mismo sucede con la evaluación del desempeño de los psicoterapeutas y con la duración de tratamientos. De manera que la comparativa de la efectividad de tratamientos se dificulta por la diversidad de instrumentos de evaluación usados para medir una misma variable.

También importante es señalar que son escasos si no que nulos los estudios de efectividad de las terapias especializadas para TLP aplicadas a población hispanoparlante, por lo que los resultados reportados no necesariamente pueden ser igualmente validos para países de Latinoamérica quienes contemplan contextos socioculturales específicos que pueden ser determinantes para la aplicación de tratamientos.

CONCLUSIÓN

El aporte teórico y procedimental que aportan los estudios de las terapias especializadas y basadas en la evidencia para el tratamiento del TLP, nos permiten lograr mejores

aproximaciones para entender desde distintos puntos de vista la naturaleza del trastorno, a la vez que posibilita un aumento en la efectividad de nuestras intervenciones, al brindar herramientas para tomar decisiones clínicas y terapéuticas de manera informada. Sin embargo, los estudios presentan limitaciones importantes, por un lado aquellas de orden metodológico al no contar con instrumentos de evaluación homogéneos para abordar la efectividad de los tratamientos, por el otro aquellas que tienen que ver con las diferencias del contexto cultural en que fueron realizadas y el nuestro, esto nos pone de frente a la necesidad de desarrollar mayor número de investigaciones en el campo de la clínica y psicoterapia del TLP que consideren los contextos socioculturales de México en particular y Latinoamérica e general, el beneficio de superar ambas limitaciones sería lograr una base de evidencia sólida que permite la propuesta e implementación de mejores políticas públicas para el tratamiento de este grave trastorno.

ABREVIATURAS

APA Asociación Americana de Psicología

TLP Trastorno Límite de la Personalidad

DSM-III Manual de Trastornos Mentales y Estadísticos 3ra versión

DSM-5 Manual de Trastornos Mentales y Estadísticos 5ta versión

DBT Terapia Dialéctica Conductual

CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades 10ma Revisión

CIE-11 Clasificación Internacional de Enfermedades 11va Revisión

MBT Terapia Basada en Mentalizaciones

SCT Terapia Centrada en Esquemas

OMS Organización Mundial de la Salud

TFP Psicoterapia Focalizada en la Transferencia

BIBLIOGRAFÍA

[1] American Psychiatric Association. DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. Washington DC: Panamericana; 2014.

[2] Doering S. La Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) del Trastorno Límite de la Personalidad. Psicopatol. Salud Ment. 2014;24:19-35.

- [3] Esbec E, Echeburúa E. La Evaluación de los Trastornos de la Personalidad Según el DSM-5: Recursos y Limitaciones. *Ter. Psicol.* 2014;32(3):255-64.
- [4] Stone MH. Borderline Personality Disorder: Therapeutic Factors. *Psychodyn. Psychiatry* 2016;44(4):505-39.
- [5] Alarcón R [Internet]. Trastorno Límite de Personalidad: Investigación Clínica, Diagnóstica y Terapéutica Basada en la Evidencia, CME Outfitters. 2016 – [Citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://www.cmeoutfitters.com/wp-content/uploads/2016/06/MM063-Alarcon-BPD-Spanish.pdf>
- [6] Clarkin JF, Levy KN, Lenzenweger MF, Kernberg OF. Evaluating Three Treatments for Borderline Personality Disorder: A Multiwave Study. *Am. J. Psychiatry* 2007;164(6):922-8.
- [7] Kernberg OF, Yeomans FE, Clarkin JF, Levy KN. Psicoterapia basada en la transferencia: Revisiones y actualizaciones. *Rev. Int. Psic.* 2008;12(89):601-20.
- [8] Kanter Bax O, Nerantzis G. Transference focused psychotherapy and mentalization based treatment. Evidence based psychotherapies for borderline personality disorder. *Psychiatriki* 2023;34(2):143-54.
- [9] Sollberger D, Walter M. Psychotherapy of borderline personality disorder: similarities and differences in evidence-based disorder-specific treatment approaches. *Fortschr. Neurol. Psychiatr.* 2010;78(12):698-708.
- [10] Yeomans FE, Clarkin JF, Kernberg OF. Psicoterapia Centrada en la Transferencia y su Aplicación al Trastorno Límite de la Personalidad. 2da ed. Bilbao: Desclée De Brouwer; 2022.
- [11] American Psychiatric Association. DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ta ed. Washington DC: Panamericana; 1980.
- [12] Stern A. Borderline group of neuroses, *The Psychoanalytic Quarterly*, 14(2): 190 - 98. Doi:101080/21674086. 1945. 11925599
- [13] Zanarini M, Jager-Hyman S. Dissociation and the Dissociative Disorders. *DSM-V and Beyond*; 1er ed. New York: Taylor & Francis: 2009.
- [14] Ibarriche J. [Internet]. Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad, SEGOB. 2018 – [Citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://www.->

gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad.

[15] Sansone RA, Sansone LA. Borderline Personality in the Medical Setting. Prim. Care Companion CNS Disord. 2015;17(3):1-5.

[16] Rodríguez J, Kohn R, Aguilar Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. 1er ed. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2009.

[17] Borges G, Medina-Mora ME, López-Moreno S. El papel de la epidemiología en los trastornos mentales. Salud Pública Mex. 2004;46(5):451-63.

[18] Agenda hidalguense, diario digital [Internet]. Hidalgo cuenta con 87 núcleos básicos de salud mental, Agenda hidalguense, diario digital. 2023 - [Citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://agendahidalguense.com/2023/06/03/hidalgo-cuenta-con-87-nucleos-basicos-para-atencion-de-salud-mental/>.

[19] Secretaría de Salud. Dirección General de Epidemiología. Anuarios de morbilidad 2014-2022. Disponible en: <https://epidemiologia.salud.gob.mx/anuario/html/> (Consulta: 17 de enero de 2024).

[20] Secretaria de Salud. Diagnóstico de Salud 2023. Hospital Villa Ocaranza. Tolcayuca. Marzo 2023.

[21] García M.T. Martín M.F. Otín - Llop R. Tratamiento Integral del Trastorno Límite de la Personalidad. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2010;30(106):263-78.

[22] American Psychological Association [Internet]. Las intervenciones psicológicas son eficaces y rentables Resolución de la APA, Consejo General de Psicología en España. 2012 – [Citado 2024 Feb 18]. Disponible en: <https://www.infocop.es/las-intervenciones-psicologicas-son-eficaces-y-rentables-%C2%96-resolucion-de-la-apa/#:~:text=Entre%20los%20beneficios%20asociados%20a,facilitar%20el%20establecimiento%20dd%20h%C3%A1bitos>

[23] Vargas Bustos JA. Estado Actual de la Psicología: Opiniones en el 2011. REPI 2011;14(4):373-83.

[24] Oldham J, Philips K, Gabbard G, Goin M, Gunderson J, Soloff P. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de Las Enfermedades Trastornos Mentales y del

Comportamiento: Descripciones Clínicas y pautas para el Diagnóstico. 10ma ed. Madrid: OMS; 2002.

[25] Esbec E, Echebarúa E. El Modelo Híbrido de Clasificación de los Trastornos de la Personalidad en el DSM-5: Un Análisis Crítico. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2015;52(2):72-82.

[26] Gutiérrez F, Vilar A. Trastornos de la personalidad en el DSM-5. *C. Med. Psicosom.* 2014;110:49-52.

[27] OMS. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud: Décima Revisión CIE-10 vol. 1. 10ma ed. Washington DC: OPS; 1992.

[28] Aragonés E, Salvador Carulla L, López Muntaner J, Ferrer M, Piñol JL. Registered Prevalence of Borderline Personality Disorder in Primary Care Databases. *Gac. Sanit.* 2013;27(2):171-4.

[29] Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New, Antonia S, Leweke F. Borderline personality disorder. *Lancet* 2011;377(9759):74-84.

[30] Barrachina J, Pascual J.P. Ferrer M, Soler J, Rufat M.J. Andión O, et al. Axis II Comorbidity in Borderline Personality Disorder is Influenced by Sex, Age, and Clinical Severity. *Compr. Psychiatry* 2011;52(6):725-30.

[31] Palomares N, McMaster A, Díaz-Marsá M, De la Vega I, Montes A, Carrasco JL. Comorbilidad con el Eje II y Funcionalidad en Pacientes Graves con Trastorno Límite de la Personalidad. *Actas Esp. Psiquiatr.* 2016;44(6):212-21.

[32] Black D.W. Blum N, Pfohl B, Hale N. Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *J. Pers. Disord.* 2004;18(3):226-39.

[33] Hunt M. Borderline Personality Disorder Across the Lifespan. *J. Women Aging.* 2007;19(1-2):173-91.

[34] Stone MH. Management of Borderline Personality Disorder: a Review of Psychotherapeutic Approaches. *World Psychiatry* 2006;5(1):15-20.

[35] Van Zutphen L, Siep N, Jacob GA, Domes G, Sprenger A, Willenborg B, et al. Always on Guard: Emotion Regulation in Women with Borderline Personality Disorder

Compared to Nonpatient Controls and Patients with Cluster-C Personality Disorder. *J. Psychiatry Neurosci.* 2018;43(1):37-47.

[36] Zanarini MC, Frankenburg FR, Reich DB, Hennen J, Silk KR. Adult Experiences of Abuse Reported by Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects Over Six Years of Prospective Follow-Up. *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005;193(6):412-6.

[37] Semerari A, Dimaggio G. *Los Trastornos de la Personalidad. Modelos y Tratamientos.* 1er ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2008.

[38] Keefe JR, Levy KN, Sowislo JF, Diamond D, Doering S, Hörz-Sagstetter S, et al. Reflective Functioning and its Potential to Moderate the Efficacy of Manualized Psychodynamic Therapies Versus Other Treatments for Borderline Personality Disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2023;91(1):50-6.

[39] Cuevas C, López A. Intervenciones Psicológicas Eficaces para el Tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad. *IJP&PT* 2012;1(12):97-114.

[40] Linehan MM, Wilks CR. The Course and Evolution of Dialectical Behavior Therapy. *Am. J. Psychother.* 2015;69(2):97-110.

[41] May JM, Richardi TM, Barth KS. Dialectical Behavior Therapy as Treatment for Borderline Personality Disorder. *Ment. Health Clin.* 2016;6(2):62-7.

[42] Heerebrand SL, Bray J, Ulbrich C, Roberts RM, Edwards S. Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Skills Training Group for Adults with Borderline Personality Disorder. *J. Clin. Psychol.* 2021;77(7):1573-90.

[43] Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Terapia de Esquemas: guía práctica.* 1er ed. Bilbao: Desclée de Brower; 2013.

[44] Arntz A, Jacob GA, Lee CW, Brand-de Wilde OM, Faabinder E, Harper HP, et al. Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2022;79(4):287-99.

[45] Bach B, Bernstein D. Schema Therapy Conceptualization of Personality Functioning and Traits in ICD-11 and DSM-5. *Curr. Opin. Psychiatry* 2019;32(1):38-49.

[46] Zhang K, Hu X, Ma L, Xie Q, Wang Z, Fan C, et al. The Efficacy of Schema Therapy for Personality Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nord. J. Psychiatry* 2023;77(7):641-50.

- [47] Caligor E, Kernberg O, Clarkin J, Yeomans F. *Terapia Psicodinámica Para la Patología de la Personalidad Tratamiento del Funcionamiento Intrapsíquico e Interpersonal*. 1er ed. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2020.
- [48] Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fscher-kern M, Schuster P, Benecke C, et al. Transference-Focused Psychotherapy V. Treatment by Community Psychotherapists for Borderline Personality Disorder: Randomised Controlled Trial. *Br. J. Psychiatry* 2010;196(5):389-95.
- [49] Hersh RG. Applied Transference-Focused Psychotherapy: An Overview and Update. *Psychodyn. Psychiatry* 2021;49(2):273-95.
- [50] Bateman A, Fonagy T. Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 2009;166(12):1355-64.
- [51] Bateman A, O'Connell J, Lorenzini N, Gardner T, Fonagy P. A Randomised Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for Patients with Comorbid Borderline Personality Disorder and Antisocial Personality Disorder. *BMC Psychiatry* 2016;16(1):304.
- [52] Sánchez Quintero S. Vega I. *Introducción al Tratamiento Basado en Mentalización para el Trastorno Límite de la Personalidad*. *Acción Psicol.* 2013;10(1):21-32.
- [53] Stoffers-Winterling J.M. Storebø OJ, Kongerslev M.T. Faltinsen E, Todorovac A, Sedoc Jørgensen M, et al. Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Focused Systematic Review and Meta-Analysis. *Br. J. Psychiatry* 2022;221(3):538-52.
- [54] Crotty K, Viswanathan M, Kennedy S, Edlund M.J. Ali R, Siddiqui M, et al. Psychotherapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2023;1-21.
- [55] Keefe J.R. Levy K.N. Sowislo J.F. Diamond D, Doering S, Hörz-Sagstetter S, et al. Reflective Functioning and its Potential to Moderate the Efficacy of Manualized Psychodynamic Therapies Versus Other Treatments for Borderline Personality Disorder. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2023;91(1):50-6.
- [56] Thoma N, Pilecki B, McKay D. Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn. Psychiatry* 2015;43(3):423-61.

- [57] Laddis A. The Pathogenesis and Treatment of Emotion Dysregulation in Borderline Personality Disorder. *Scientific World J.* 2015;2015:179276.
- [58] Font Domènech E. Trastorno Límite de la Personalidad: Revisión Sistemática de las Intervenciones. *Rev. Psicoter.* 2019;30(113):197-212.
- [59] Barnicot K, Redknap C, Coath F, Hommel J, Couldrey L, Crawford M. Patient Experiences of Therapy for Borderline Personality Disorder: Commonalities and Differences Between Dialectical Behaviour Therapy and Mentalization-Based Therapy and Relation to Outcomes. *Psychol. Psychother.* 2022;95(1):212-33.
- [60] McMain S.F. Links P.S. Gnam W.H. Guimond T, Cardish R.J. Korman L.Y. et al. A Randomized Trial of Dialectical Behavior Therapy Versus General Psychiatric Management for Borderline Personality Disorder. *Am. J. Psychiatry* 2009;166(12):1365-74.
- [61] Soler J, Pascual J.C. Tiana T, Cebria A, Barranchina J, Campins M.J. et al. Dialectical Behaviour Therapy Skills Training Compared to Standard Group Therapy in Borderline Personality Disorder: A 3-Month Randomised Controlled Clinical Trial. *Behav. Res. Ther.* 2009;47(5):353-8.
- [62] Kramer U, Pascual L.A, Berthoud L, Roten Y, Marquet P, Kolly S, et al. Assertive Anger Mediates Effects of Dialectical Behaviour Informed Skills Training for Borderline Personality Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Clin. Psychol. Psychother.* 2016;23(3):189-202.
- [63] Johnstone OK, Marshall J.J., McIntosh L.G. A Review Comparing Dialectical Behavior Therapy and Mentalization for Adolescents with Borderline Personality Traits, Suicide and Self-harming Behavior. *Adolesc. Res. Rev.*2021: 187-209.