



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Eficacia de tratamientos psicológicos en el trastorno límite de la
personalidad

**Trabajo de Titulación para optar al título de Licenciado/a en
Psicología Clínica**

Autores:

Jarrin Usca Sebastian Enrique
Vallejo Toctaquiza Gabriela Lizbeth

Tutor:

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

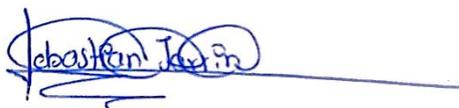
Riobamba, Ecuador. 2024

DECLARATORIA DE AUTORÍA

Nosotros, Sebastian Enrique Jarrin Usca y Gabriela Lizbeth Vallejo Toctaquiza con cédula de ciudadanía 06055305590 y 0604516237, autor (a) (s) del trabajo de investigación titulado Eficacia de tratamientos psicológicos en el trastorno límite de la personalidad, certifico que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de mí exclusiva responsabilidad.

Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 05 de agosto de 2024



Sebastian Enrique Jarrin Usca
C.I: 0605530559

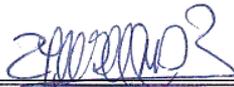


Gabriela Lizbeth Vallejo Toctaquiza
C.I: 0604516237

DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR

Quien suscribe, Rosario Isabel Cando Pilatuña catedrático adscrito a la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Chimborazo por medio del presente documento certifico haber asesorado y revisado el desarrollo del trabajo de investigación titulado: Eficacia de tratamientos psicológicos en el trastorno límite de la personalidad, bajo la autoría de Sebastian Enrique Jarrin Usca y Gabriela Lizbeth Vallejo Toctaquiza; por lo que se autoriza ejecutar los trámites legales para su sustentación.

Es todo cuanto informar en honor a la verdad; en Riobamba, a los cinco días del mes de agosto de 2024



Rosario Isabel Cando Pilatuña
C.I: 0602407579

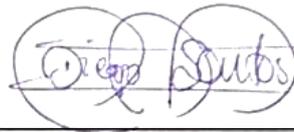
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación titulado Eficacia de tratamientos psicológicos en el trastorno límite de la personalidad, presentado por Gabriela Lizbeth Vallejo Toctaquiza, con cédula de identidad número 0604516237 y Sebastian Enrique Jarrin Usca, con cédula de identidad número 0605530559, bajo la tutoría de Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña; certificamos que recomendamos la APROBACIÓN de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba a los 07 días del mes de enero del 2025.

Mgs. Diego Armando Santos Pazos

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO



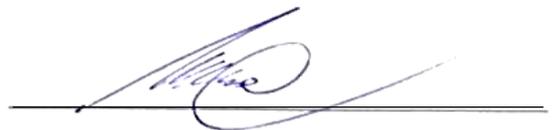
Mgs. Sridam David Arévalo Lara

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO



PhD. Manuel Cañas Lucendo

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO





CERTIFICACIÓN

Que, **JARRIN USCA SEBASTIAN ENRIQUE** con CC: **0605530559**, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**EFICACIA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**", cumple con el **7%**, de acuerdo al reporte del sistema Anti-plagio **TURNITIN**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 10 de diciembre de 2024

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

TUTOR(A)



CERTIFICACIÓN

Que, **VALLEJO TOCTAQUIZA GABRIELA LIZBETH** con CC: **0604516237**, estudiante de la Carrera **PSICOLOGÍA CLÍNICA**, Facultad de **CIENCIAS DE LA SALUD**; ha trabajado bajo mi tutoría el trabajo de investigación titulado "**EFICACIA DE TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS EN EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD**", cumple con el **7%**, de acuerdo al reporte del sistema Anti-plagio **TURNITIN**, porcentaje aceptado de acuerdo a la reglamentación institucional, por consiguiente, autorizo continuar con el proceso.

Riobamba, 10 de diciembre de 2024

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

TUTOR(A)

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a los ángeles de mi vida: Lucas, Mariana, Jhon, Olgui y Adriana. Sin su constante apoyo y amor incondicional, nada de esto hubiera sido posible. Gracias por sostenerme en todo momento y ser mi fuente de fortaleza y motivación.

-Gabriela Vallejo

Dedicado a mis padres, hermanos, familia y amigos, quienes han sido un pilar fundamental en todo este proceso con su apoyo incondicional, y sus palabras de aliento que me han motivado a seguir adelante, y a todas aquellas personas quienes han sido diagnosticadas con TLP como lo es una persona muy especial para mí, que sepa que, si existe esperanza, que cada vez las investigaciones comprueban la eficacia de tratamientos útiles que pueden permitirles llevar una vida más tranquila.

-Sebastian Jarrin-

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi más profundo agradecimiento a Dios y a la Auxiliadora por haber guiado mi camino hacia la carrera que me apasiona. A mis padres, mi hermana y mi familia, les agradezco el apoyo incondicional que me han brindado, permitiéndome culminar esta importante etapa de mi vida.

A Teresa, mi más sincero agradecimiento por haber sido una guía y un apoyo en los momentos difíciles.

A mis amigos, Sebastian Jarrín, Sebastian Hernández, Paty, Naty, Jessy, Giuly, Mely y Paúl, gracias por su chispa y por saber apoyarme y traer alegría a mi vida. Su presencia y amistad han sido fundamentales.

Y a nuestra tutora de tesis, quien nos ha guiado con su amplio conocimiento para la culminación de este trabajo.

-Gabriela Vallejo

Quiero agradecer primero a Dios quien a pesar de mi poca unión con la religión ha estado presente guiándome. A mis padres quienes siempre me han brindado un apoyo incondicional y me han formado como la persona que soy hoy en día. A mi hermano menor agradecerle por siempre estar ahí para escucharme y apoyarme en todos mis momentos y que sepa que todo este esfuerzo es por el para poder brindarle todo mi apoyo a posterior, a mis hermanos mayores quienes me han enseñado lo que es ser un buen hermano mayor guiándome y apoyándome con sus sabios consejos. A nuestra tutora de tesis quien con todos sus conocimiento nos ha ido guiando durante todo este proceso, alentándonos a seguir adelante. Finalmente doy gracias a la vida por que durante todo este camino me ha permitido conocer personas maravillosas como lo son mis amigos, ellos no lo saben pero han sido una luz con todas la risas y momentos vividos, me han motivado a seguir, a quienes agradezco tanto por siempre estar cuando se les necesitan en las buenas y malas, y a una personas muy especial quien ha sido mi lugar seguro en estos últimos años, agradecerle por ser mi soporte y quien ha estado ahí alentándome que continúe superándome día a día, y ha estado presente en mi momentos más bajo, no me queda más que decir gracias y pedirle a la vida y a dios que me permita más tiempo con todas estas personas tan importantes para mí.

-Sebastian Jarrín

ÍNDICE GENERAL

DECLARATORIA DE AUTORÍA	
DICTAMEN FAVORABLE DEL PROFESOR TUTOR	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTIFICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE FIGURAS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I. INTRODUCCION.....	15
INTRODUCCIÓN	15
OBJETIVOS.....	19
GENERAL	19
ESPECÍFICOS	19
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	20
ANTECEDENTES.....	20
PERSONALIDAD	21
TRASTORNO LIMITE DE LA PERSONALIDAD	23
DEFINICIÓN TLP.....	23
ETIOLOGÍA DEL TRASTORNO	23
PATOGENIA.....	24
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	24
TRATAMIENTOS PSICOLÓGICOS PARA EL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD	26

TERAPIA DIALÉCTICO CONDUCTUAL (TDC).....	26
PRINCIPIOS TEÓRICOS	26
PROCESO TERAPÉUTICO PARA EL TLP.....	27
PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO PARA LA REGULACIÓN EMOCIONAL Y LA SOLUCIÓN DE PROBLEMAS (STEPPS).....	28
PRINCIPIOS Y BASES TEÓRICAS	28
PROCESO TERAPÉUTICO	28
TERAPIA BASADA EN LA MENTALIZACIÓN (TBM)	29
PRINCIPIOS Y BASES TEÓRICAS	29
PROCESO TERAPÉUTICO	30
CAPÍTULO III. METODOLOGIA.....	31
TIPO DE INVESTIGACIÓN:	31
NIVEL DE INVESTIGACIÓN:	31
ESTRATEGIAS DE BÚSQUEDA:.....	31
EXTRACCIÓN DE DATOS:	31
SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS.....	34
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD	34
CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	44
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	73
CONCLUSIONES	73
RECOMENDACIONES	73
BIBLIOGRAFÍA	75

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1</i>	34
<i>Criterios de selección de los documentos científicos</i>	34
<i>Tabla 2</i>	34
<i>Criterios de exclusión de los documentos científicos</i>	34
<i>Tabla 3</i>	34
<i>Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica</i>	34
<i>Tabla 4</i>	36
<i>Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos</i>	36
<i>Tabla 5</i>	45
<i>Eficacia de la terapia dialectico-conductual en personas con trastorno límite de la personalidad</i>	45
<i>Tabla 6</i>	55
<i>Eficacia del STEPPS utilizada en pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad</i>	57
<i>Tabla 7</i>	63
<i>Eficacia de la terapia basada en la mentalización implementada en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad</i>	63

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	33
<i>Diagrama de flujo PRISMA 2020</i>	33

RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) se define por una marcada inestabilidad emocional, problemas en las relaciones interpersonales y conductas impulsivas, que conllevan a un alto riesgo de autolesiones y suicidio, y una elevada tasa de mortalidad. Este estudio bibliográfico y descriptivo se propuso analizar la eficacia de tratamientos psicológicos como la Terapia Dialéctica Conductual (TDC), la Terapia Basada en la Mentalización (TBM) y el programa STEPPS, en el manejo de pacientes con TLP. Para ello, se recopiló información de artículos científicos de bases de datos como SCOPUS, Scielo, Web of Science (WOS) y PubMed, y los resultados obtenidos evidencian que estos tratamientos ofrecen mejoras significativas en la reducción de síntomas graves asociados con el TLP, incluyendo conductas autolíticas, desregulación emocional y dificultades en la adaptación social. En particular, la TDC se mostró eficaz en el manejo del estrés y en la disminución de autolesiones y episodios suicidas, el programa STEPPS destacó por su efectividad en la regulación emocional, disminución de la disociación y reducción de la severidad de los síntomas. Por su parte, la TBM demostró ser efectiva en la reducción de la autolesión y la mejora de la regulación emocional a largo plazo. En conclusión, la TDC, STEPPS y TBM han mostrado ser enfoques efectivos para el tratamiento del TLP, proporcionando mejoras en la regulación emocional y una reducción de comportamientos autodestructivos. Estos hallazgos subrayan la importancia de elegir tratamientos psicológicos adecuados para manejar eficazmente los desafíos complejos asociados con el TLP.

Palabras claves: trastorno límite de la personalidad, terapia dialéctica conductual, terapia basada en la mentalización, programa STEEPS, eficacia.

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is defined by marked emotional instability, problems in interpersonal relationships, and impulsive behaviors, leading to a high risk of self-harm and suicide and a high mortality rate. The present bibliographic and descriptive study analyzed the efficacy of psychological treatments such as Dialectical Behavioral Therapy (DBT), Mentalization-Based Therapy (MBT), and the STEPPS program in managing patients with BPD. For this purpose, information was collected from scientific articles in databases such as SCOPUS, Scielo, Web of Science (WOS), and PubMed, and the results obtained show that these treatments offer significant improvements in the reduction of severe symptoms associated with BPD, including self-injurious behaviors, emotional dysregulation and difficulties in social adaptation. In particular, DBT was shown to be effective in stress management and in reducing self-injury and suicidal episodes; the STEPPS program stood out for its effectiveness in emotional regulation, reduction of dissociation, and reduction of symptom severity. For its part, TBM proved to be effective in reducing self-injury and improving emotional regulation in the long term. In conclusion, DBT, STEPPS, and TBM are effective approaches for the treatment of BPD, providing improvements in emotional regulation and a reduction in self-destructive behaviors. These findings underscore the importance of choosing appropriate psychological treatments to effectively manage the complex challenges associated with BPD.

Keywords: borderline personality disorder, dialectical behavior therapy, mentalization-based therapy, STEEPS program, efficacy.



Firmado electrónicamente por:
JENNY ALEXANDRA
FREIRE RIVERA

Reviewed by:

Mgs. Jenny Alexandra Freire Rivera

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0604235036

CAPÍTULO I. INTRODUCCION

Introducción

La American Psychiatric Association (APA, 2018) menciona que la personalidad es una conjunción de características psicológicas que determinan a cada ser humano, esta se subclasifica en varios tipos y puede presentarse a razón de rasgos y dimensiones, mismas que no generan dificultad alguna en las distintas esferas del sujeto. Sin embargo, se identifica a los trastornos de la personalidad como una constante serie de experiencias y comportamientos inflexibles y generalizados que difieren significativamente de las expectativas culturales del individuo, por lo que afectan negativamente en las áreas importantes de la vida del sujeto.

En el caso del trastorno Límite de la Personalidad (TLP), se lo categoriza en el grupo B del DSM-5, junto con los Trastornos histriónico, antisocial y narcisista de la personalidad, recalcando que estos cuatro trastornos se identifican por las emociones intensas y conductas erráticas, el TLP se caracteriza por síntomas como la inestabilidad emocional, esfuerzos constantes por evitar el abandono, relaciones interpersonales inestables, autoimagen inestable, impulsividad con tendencia a generarse daños, conductas autolesivas (APA, 2018). Quienes presentan este diagnóstico, requieren una terapia que dé respuesta a aspectos importantes como la inestabilidad emocional, dificultades en las relaciones interpersonales, impulsividad y alteraciones en la identidad.

La prevalencia del TLP varía según el contexto, a nivel mundial, se ha declarado que en la población diagnosticada hay una prevalencia entre 1.6%-6% (Marques et al., 2017). De este grupo el 50% no reciben atención médica, y el 80% de las demandas de asistencia a personas con TLP las formulan familiares, por otro lado, un 50% de asistentes a las Comunidades Terapéuticas sufre TLP donde el 90% no ha sido diagnosticado (Roda, 2023). Además, la prevalencia del TLP en entornos de atención primaria puede ser hasta cuatro veces mayor que en la población general, lo que indica que las personas con este trastorno son usuarias frecuentes de servicios médicos generales (Gunderson et al., 2018).

En poblaciones clínicas, es el trastorno de personalidad más frecuente, apareciendo en aproximadamente el 10% de los pacientes que reciben tratamiento psiquiátrico ambulatorio y hasta en el 25% de los pacientes hospitalizados. Entre quienes buscan servicios de salud, entre el 10% y 15% de los pacientes en salas de emergencia tienen TLP.

Principalmente, al hablar del trastorno límite de la personalidad se debe hacer énfasis en la gran variedad de sintomatología que presenta, entre los cuales identificamos a las fluctuaciones intensas en el estado de ánimo e inseguridad constante en la imagen de sí mismo, donde se tiende a ver el mundo en extremos y actuar impulsivamente, lo que puede llevar a conductas de riesgo. Además, estas personas experimentan miedo al abandono, relaciones inestables, autodestrucción, ideación suicida, sensación persistente de vacío emocional, dificultades para controlar la ira y episodios de disociación. Estas personas tienen una alta incidencia de autolesiones y comportamientos suicidas en comparación con la población general National Institute of Mental Health (NIMH, 2022).

Cabe reconocer que, al ser complejo de identificar muchas personas con TLP han recibido un promedio de 8 diagnósticos diferentes antes de ser diagnosticadas con este trastorno (Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en la

Región de Murcia, 2021). Lo cual es un dato preocupante pues se requeriría una atención oportuna para esta problemática, ya que el TLP representa el mayor riesgo de mortalidad entre los trastornos mentales, con una tasa de suicidio 50 veces mayor que la población general. Además, se asocia con una disminución significativa en la esperanza de vida, con una reducción de 18 a 24 años (Chesney, 2014).

En muchos casos, el personal de salud enfrenta dificultades para establecer una relación empática con los pacientes con TLP debido a prejuicios y estigmas asociados con esta condición. Estos prejuicios pueden llevar a una atención menos comprensiva y a interpretar los comportamientos de los pacientes como manipulativos, afectando negativamente la calidad del tratamiento. Además, las características del TLP pueden provocar reacciones emocionales intensas en los profesionales, resultando en actitudes evasivas y un distanciamiento que perjudica la relación terapéutica (Bodner et al., 2015).

Actualmente, existen una gran variedad de procesos de intervención orientados hacia el TLP los cuales cuentan con estudios que logran contrastar su eficacia, es así, que como parte de éstos encontramos a la Terapia Dialéctica Conductual (TDC) la cual se ha propuesto como una modalidad de tratamiento psicológico diseñada específicamente para abordar trastornos emocionales complejos, como el trastorno límite de la personalidad. Esta terapia se fundamenta en la reducción de conductas impulsivas, como la irritabilidad, el riesgo de suicidio y las conductas parasuicidas. Además, se ha observado una disminución en los síntomas de trastornos como la depresión y la ansiedad, mostrando gran eficacia en el manejo del TLP (Soler et al., 2016).

Otro tipo de tratamiento es la Terapia Basado en la Mentalización (TBM), que se centra en la capacidad de comprender y atribuir significado a los propios pensamientos y sentimientos, así como a los de los demás, tanto de forma consciente como inconsciente. Sin embargo, el caso del TLP se enfoca principalmente a dificultades como la regulación emocional, control de impulsos y mantenimiento de relaciones estables. Esta terapia parte de la premisa de que la vulnerabilidad a la falta de mentalización subyace de estos síntomas (Bateman y Fonagy, 2018).

Por otra parte, el programa de entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS), también se dedica a tratar el trastorno límite de la personalidad, esta intervención psicoterapéutica se introdujo en los Países Bajos en 1998 bajo el nombre de VERS. La rápida adopción en toda Holanda se atribuye a su manual de fácil comprensión, una duración de 20 semanas, la compatibilidad con el equipo de tratamiento existente y la sencillez en el entrenamiento para terapeutas (Blanco et al., 2018).

La complejidad de los desafíos que enfrentan estos pacientes, junto con las altas tasas de abandono del tratamiento y los costos significativos para los sistemas de salud, han resaltado la necesidad de desarrollar tratamientos que demuestren eficacia para abordar el TLP, es aquí donde se toma en cuenta los procedimientos que más han destacado en cuanto a la reducción de síntomas (Soler et al., 2016).

En naciones con notables disparidades entre clases sociales, se observa un aumento en la prevalencia del TLP. Por el contrario, en países con una distribución más equitativa de recursos, ya sea Noruega o China, la prevalencia de este trastorno tiende a ser menor. Asimismo, en entornos sociales desestructurados, el TLP es más frecuente. No obstante,

cuando las personas perciben un respaldo dentro de una estructura social estable, los síntomas del TLP suelen disminuir (Quijada, 2015).

En Bélgica, se realizó la primera investigación directa sobre el principio central del enfoque del TLP mediante la mentalización, que consistió en someter a los pacientes a un tratamiento de hospitalización a largo plazo, utilizando un diseño naturalista con cuatro puntos de medición: al inicio, a las 12 y 24 semanas, durante el tratamiento y al alta (De Meulemeester et al., 2017).

Los hallazgos sobre el uso de la Mentalización revelaron que el tratamiento se asoció con una reducción significativa en la incertidumbre respecto a los estados mentales (hipomentalización), lo que indica una mayor capacidad para reflexionar sobre los propios estados mentales y los de los demás. Sin embargo, no se observó una mejoría en la hipermentalización, un rasgo característico en muchos pacientes con TLP (De Meulemeester et al., 2017).

En Estados Unidos se estima que el TLP afecta aproximadamente al 1,6% de la población general, aunque esta cifra puede llegar hasta el 5,9%. Entre los pacientes hospitalizados por trastornos de salud mental, la frecuencia es aproximadamente del 20%. Dentro de la población que se encuentre en hospitalización la terapia que más se aplica es el DTB; aproximadamente el 75% de las personas diagnosticadas son mujeres mientras que, en la población general estadounidense, la proporción de hombres y mujeres es igual (Zimmerman, 2022).

A nivel de España, se está desarrollando la implementación de un tratamiento denominado Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS), donde se hizo uso de un protocolo de tratamiento grupal basado en el programa y aplicado en formato online para síntomas asociados al TLP. Los resultados demostraron mejoras significativas en todas las variables evaluadas entre las que se encuentra las conductas problemáticas asociadas al TLP o la regulación emocional, con una alta aceptación del programa y una tasa de abandono nula (García, 2021).

A nivel latinoamericano en México se reportó que aproximadamente el 1.5% de su población sufre de TLP, según lo indicado por José Ibarreche Beltrán, el jefe del área de Consulta Externa del Hospital Psiquiátrico Fray Bernardino Álvarez, entre el 76% y el 80% de los afectados por esta condición son mujeres mismas que responden de manera positiva a los tratamientos basados en la TCC. Además, destacó que, en el hospital este trastorno representa la tercera causa más común de atención en la consulta externa, alcanzando el 19.3% en 2017 (Secretaría de Salud, 2018).

En cuanto a la TDC estudios realizados en Perú con un grupo de pacientes con presencia de sintomatología autodestructiva se demostró que disminuyeron el número de intentos suicidas posterior a la terapia, así como, la cantidad de procesos de internamiento psiquiátrico (Ponce de León, 2017). En Colombia, según la Encuesta Nacional de Salud Mental durante el año 2015, se observó que un 4,6% del grupo estudiado presentó 6 o más rasgos más comúnmente asociados a rasgos límite de personalidad (Oviedo et al., 2015).

En Ecuador no se encontró una cifra oficial de prevalencia para el TLP, sin embargo, un informe del Ministerio de Salud Pública “Hospital General Docente de Calderón”, donde se señaló que la cantidad de personas con trastorno de personalidad atendidas en consulta

externa durante el período 2016-2019 asciende a 651 de un total de 5203 atenciones, de las que el 12% corresponde al TLP (Cabezas et al., 2019).

En concordancia, no se ha encontrado información oficial sobre el uso de ningún tipo de tratamiento en el TLP, pero si el uso de la TDC en otras patologías con similitud en su sintomatología, en Quito se ha demostrado la efectividad de esta dentro de la ansiedad, depresión e irritabilidad donde se remarca una visible reducción de síntomas como autolesiones y conductas suicidas, muy asociadas a las conductas autodestructivas del TLP (Silva, 2022).

El TLP es una problemática que afecta a gran parte de la población, actualmente se mantiene en constante crecimiento lo que lo ha catalogado como una problemática de interés social, esto permite plantearnos la necesidad de recopilar una base de información sólida acerca del mismo y de su proceso de intervención más óptimo, haciendo énfasis en terapias que presenten mayor número de estudios de eficacia a la hora de su manejo.

La falta de documentación en Latinoamérica, especialmente en Ecuador justifica la elaboración de esta investigación, y los resultados serán beneficiosos para profesionales de la psicología, estudiantes, docentes y otros especialistas en salud mental, ya que contar con información sólida mejorará la calidad de la atención para los pacientes con TLP en la región.

La necesidad de esta investigación se ve reforzada por las observaciones realizadas durante prácticas preprofesionales, donde se ha constatado la persistencia de recaídas y la baja adherencia de los pacientes a los tratamientos actualmente. En cuanto a la factibilidad de este proyecto, se cuenta con la disponibilidad de recursos bibliográficos y acceso a bases de datos científicas, lo que facilita la recopilación y revisión exhaustiva de la literatura relevante, y el equipo de investigación tiene acceso directo a pacientes con TLP, lo que permite una investigación más cercana y poder llevarla a cabo de manera eficiente.

En base a lo mencionado, se plantea la siguiente pregunta de investigación

¿Cuáles son los tratamientos más eficaces para el trastorno límite de la personalidad?

OBJETIVOS

General

Analizar la eficacia de los tratamientos psicológicos en pacientes diagnosticados con trastorno límite de la personalidad.

Específicos

- Establecer la eficacia de la terapia dialectico-conductual en personas con trastorno límite de la personalidad.
- Determinar la eficacia del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) utilizada en pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad
- Describir la eficacia de la terapia basada en la mentalización implementada en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.

Antecedentes

En Alemania, se llevó un registro de algunos pacientes que padecían trastorno límite de la personalidad (TLP) durante tres períodos de un año: el año previo al inicio de la terapia dialéctico-conductual ambulatoria, el año de recibir la terapia ambulatoria estándar y el año de seguimiento. Esta investigación formó parte de un estudio de tratamiento en toda Berlín llamado "Berliner Borderline Versorgungsstudie" (BBV), con el objetivo de evaluar la efectividad de la DBT en un entorno naturalista, utilizando un diseño pre-post con evaluaciones de seguimiento; inicialmente, se reclutaron pacientes derivados de servicios hospitalarios, psicoterapeutas y psiquiatras ambulatorios, así como de servicios sociales. Tras una evaluación telefónica inicial, todos los pacientes fueron sometidos a la "Structured Clinical Interview for DSM-IV", seguida de un proceso de consentimiento informado, una evaluación oral y la asignación de la modalidad terapéutica, que incluía terapia individual semanal de 50 minutos, un grupo de apoyo para el entrenamiento de habilidades de 120 minutos por semana y asesoramiento telefónico finalmente los resultados arrojaron que, si la TDC se utilizara como intervención de primera línea, los costos asociados con la hospitalización y la atención parcial podrían reducirse considerablemente. Además, se observó que durante el tratamiento con TDC, los pacientes realizaron menos visitas a otros servicios médicos, como médicos generales y psiquiatras. Asimismo, los familiares y amigos de los pacientes notaron una disminución en la solicitud de ayuda para las tareas domésticas, lo que sugiere una reducción en la carga emocional y financiera para ellos (Wagner et al., 2014).

Más adelante en Países Bajos, se comparó en 114 participantes la eficacia en cuanto a la intensidad del Tratamiento Basado en la Mentalización, tanto en un entorno hospitalario de día como en un ambiente ambulatorio intensivo, para pacientes TLP, mismos que fueron asignados aleatoriamente a una de las dos condiciones de tratamiento con un seguimiento continuo de 18 meses. Se demostró posterior al estudio que ambas modalidades del MBT establecieron mejoras significativas en una variedad de indicadores clínicos y funcionales, entre las que destacan la reducción en los síntomas nucleares como lo son la inestabilidad emocional, las autolesiones y la impulsividad; de igual forma en los resultados secundarios, se evidenció un progreso en la calidad de vida, funcionalidad interpersonal y capacidad de mentalización (Smiths et al., 2019).

Por su parte, en España se buscaba describir y analizar la implantación del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) en el en el CSM del Hospital Parc Tauli, se aplicó el programa a un total de 12 participantes con una duración de 6 meses, donde 4 abandonaron el grupo y en los 8 que finalizaron se pudo evidenciar una mejoría en la regulación de las emociones y una reducción en el número de atenciones en Salud Mental (Gaju et al, 2023).

Sin embargo, se destacaron mejoras significativamente mayores en las características principales del TLP entre los participantes del Hospital de Día. Esto podría explicarse por la mayor disponibilidad de una red de apoyo en esta modalidad, lo que habría brindado a los pacientes más oportunidades para explorar y practicar nuevos comportamientos interpersonales en un entorno seguro (Smits et al., 2019).

En Estados Unidos, se contrastó los resultados de la TDC con el tratamiento comunitario en base a la experiencia, expresión y aceptación de emociones negativas, Esto se llevó a cabo en 101 mujeres de entre 18 y 45 años con TLP, utilizando instrumentos como el Inventario de expresión de ira estado-rasgo "STAXI", el Cuestionario de aceptación y actuación "AAQ", el Cuestionario de sentimientos personales 2 "PFQ2" y la Escala de ansiedad manifiesta de Taylor "TMAS". Se encontró que ambos métodos disminuyen los sentimientos de culpa, vergüenza, ansiedad y la tendencia a reprimir la ira (Neacsiu et al., 2014).

A nivel latinoamericano, en Bogotá se buscó estimar el efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en las habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual sobre la sintomatología emocional de adolescentes. Se planteó cinco etapas distintas. Primero, se creó un protocolo de intervención breve basado en el módulo "Emotion Regulation Skills" del manual de habilidades DBT para Adolescentes. Este protocolo fue traducido y ajustado bajo supervisión de un profesional experto en Terapia Dialéctico Conductual, previo a su implementación, la terapeuta recibió formación en estas habilidades. En la segunda fase, se reclutaron participantes a través de redes sociales, informándoles sobre los criterios de inclusión y exclusión. Se aseguró que tuvieran los recursos necesarios para participar en sesiones virtuales. Se les explicaron los objetivos y aspectos éticos del estudio, obteniendo el consentimiento informado de los padres y el asentimiento informado de los adolescentes; continuando con la tercera fase implicó una entrevista inicial semiestructurada para evaluar las conductas de las adolescentes, junto con la aplicación de escalas para medir su estado emocional. En la cuarta fase, se implementó la intervención, consistente en sesiones virtuales de entrenamiento en habilidades de regulación emocional, utilizando el protocolo diseñado. Se midió el estado emocional de las participantes al final de cada sesión. Después de finalizar el tratamiento, en la quinta fase, se solicitó a las participantes que volvieran a completar las medidas ideográficas y las escalas de evaluación emocional. Se realizó un análisis de datos para identificar posibles cambios significativos en las puntuaciones, concluyendo así el estudio. Finalmente se obtuvo como resultado que esta intervención favoreció la disminución de la sintomatología emocional, generando una mayor identificación, reconocimiento, contacto y expresión de sus emociones (Cepeda, 2021).

Personalidad

Previo a la descripción del trastorno límite de la personalidad, resulta importante generalizar la personalidad y sus respectivos trastornos. En este sentido, se toma en consideración que el concepto de "personalidad" se ha desarrollado a lo largo de la historia, encontrando sus raíces en el teatro griego donde la palabra "persona", derivada de "máscara", inicialmente era concebida como algo inalterable, reflejando la permanencia de las máscaras teatrales (Salvaggio, 2014). Actualmente, se entiende que está moldeada por factores tanto genéticos como ambientales, influenciada por la interacción temprana con el entorno y el contexto social y emocional (Valarezo et al., 2020).

Desde una perspectiva psicológica contemporánea, la personalidad se entiende como un conjunto dinámico de características individuales que influyen en los patrones de pensamiento, comportamiento y reacciones emocionales de cada persona. Esta

configuración se forma a través de una compleja interacción entre disposiciones innatas y experiencias vividas, lo que define la singularidad de cada individuo en su interacción con el mundo (Eysenck, 1947).

Ahora bien, para entender la patología de la personalidad se enfatiza en que se caracteriza por patrones persistentes y desadaptativos en el pensamiento, las emociones y el comportamiento, los cuales se apartan notablemente de las normas sociales y culturales del individuo. Estos patrones suelen comenzar desde una edad temprana y perduran a lo largo del tiempo y en diferentes situaciones (Caballo et al., 2009).

Los trastornos de personalidad, al igual que otros trastornos mentales, están influenciados por factores tanto genéticos como ambientales. La predisposición biológica determinada por la genética interactúa con las experiencias y la crianza desde la infancia, desempeñando un papel relevante en su desarrollo. Esta interacción entre biología y contexto psicosocial puede aumentar o reducir la probabilidad de desarrollar un trastorno específico de la personalidad, influenciada en parte por ciertos temperamentos (Paris, 2015).

En contraposición, los estilos de personalidad reflejan patrones en cómo una persona actúa, siente o piensa, y se desarrollan de manera natural a lo largo de la vida. A diferencia de los trastornos de la personalidad, los estilos de personalidad no son patológicos; son suficientemente adaptables para ajustarse a diversas circunstancias y entornos sin causar un deterioro significativo en áreas importantes como las personales, sociales o profesionales (Millón y Davis, 2000).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000), se toma en cuenta como criterios indispensables para el diagnóstico de un trastorno de personalidad los siguientes principios:

G1: El modo en que una persona se comporta y experimenta la vida se desvía notablemente de las normas culturales esperadas, evidenciándose en varios aspectos clave: pensamiento, emociones, control de impulsos y relaciones interpersonales.

G2: Dicha desviación debe ser evidente de manera amplia como un comportamiento rígido y mal adaptado que impacta en múltiples situaciones personales y sociales, sin estar restringido a una situación o estímulo particular.

G3: Se experimenta malestar general o se nota un efecto negativo en la vida social, los cuales son directamente atribuibles al comportamiento descrito en el criterio G2.

G4: Verificación de que la desviación es constante y perdura a lo largo de un período prolongado, iniciándose al final de la infancia o durante la adolescencia.

G5: La desviación no puede ser explicada como una consecuencia ni como un síntoma de otros trastornos mentales en adultos. No obstante, pueden existir condiciones agudas o crónicas que se incluyen en las categorías F00-F59 o F70-.

G5. La desviación no puede atribuirse como resultado o manifestación de otros trastornos mentales en adultos. Sin embargo, pueden presentarse condiciones agudas o crónicas incluidas en las categorías F00-F59 o F70-F79 de esta clasificación, las cuales pueden coexistir o superponerse a la misma.

G6: La alteración no es resultado de enfermedades del sistema nervioso central, traumatismos o disfunciones cerebrales. En caso de que se identifique una causa orgánica, se aplicará la categoría F07 (OMS, 1994).

Una vez contextualizada la personalidad y su patología, se da paso a la descripción de un trastorno complejo de tratar, el trastorno límite de la personalidad, enfatizando en sus aspectos más relevantes.

Trastorno Limite de la Personalidad

El TLP es un trastorno que suele tener su inicio en la adolescencia, mismo que presenta un impacto significativo en las relaciones interpersonales y la calidad de vida de la persona. Este trastorno se caracteriza por la intensidad y variabilidad de los estados de ánimo, comportamientos impulsivos e inestabilidad en las relaciones interpersonales. Además, se ha observado una alta comorbilidad con otros trastornos del ánimo, abuso de sustancias y trastornos de la alimentación (Fernández-Guerrero, 2017).

Definición TLP

La OMS define el TLP como una condición psicológica caracterizada por la inestabilidad emocional. Este trastorno se subdivide en dos tipos: el impulsivo, que se caracteriza por la inestabilidad emocional; y el borderline, que implica alteraciones en la autoimagen, metas y preferencias internas, así como sentimientos crónicos de vacío, relaciones interpersonales intensas e inestables, y tendencia a conductas autolesivas. Es relevante destacar que las repercusiones del TLP se manifiestan tanto en el individuo afectado como en sus relaciones más cercanas (Vanegas et al., 2017).

Según como lo describe la APA (2014) en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5), el TLP se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, además de una marcada impulsividad, que comienza en las etapas tempranas de la adultez y se manifiesta en diversos contextos.

Etiología del trastorno

El TLP tiene causas diversas, entre las que destacan tres factores principales según Gabbard (2014). El primer factor describe la presencia de un temperamento biológicamente vulnerable y sensible. El segundo factor recalca un entorno familiar marcado por el caos y el trauma, con experiencias como separaciones prolongadas, negligencia, tensión emocional y falta de sensibilidad hacia las necesidades del niño o adolescente, lo que puede conducir a problemas en el apego y dificultades en la mentalización propia y ajena. Finalmente, el tercer factor se refiere a eventos desencadenantes, como intentar establecer relaciones íntimas o experimentar traumas, que pueden desencadenar los síntomas del TLP.

Según Aparicio (2023), este trastorno no solo tiene bases genéticas y psicosociales, sino también fundamentos neurobiológicos significativos. Este trastorno impacta profundamente el sistema hormonal y los neuropéptidos, lo cual tiene importantes implicaciones neuroanatómicas. En individuos con TLP, se observan alteraciones en la regulación de hormonas como el cortisol, la adrenalina y la oxitocina, cruciales en la respuesta al estrés, la regulación emocional y la vinculación interpersonal, funciones que suelen estar comprometidas en personas con este trastorno.

El cortisol, conocido como la hormona del estrés, está frecuentemente elevado en individuos con TLP, sugiriendo una hipersensibilidad al estrés crónico, posiblemente

relacionada con experiencias traumáticas tempranas. Además, niveles elevados de adrenalina pueden contribuir a la impulsividad y la reactividad emocional característica del TLP (Aparicio, 2023).

En cuanto a los neuropéptidos, como la oxitocina, implicada en la confianza interpersonal y la empatía, se han observado niveles alterados en individuos con TLP, lo que puede contribuir a dificultades en la formación y mantenimiento de relaciones estables y satisfactorias (Aparicio, 2023).

A nivel neuroanatómico, estudios de neuroimagen han revelado diferencias estructurales en regiones clave del cerebro en personas con TLP, como reducciones en el volumen del hipocampo, la corteza prefrontal y la amígdala. Estas áreas son fundamentales en el procesamiento emocional, la regulación del comportamiento impulsivo y la memoria, lo que podría estar relacionado con la disfunción hormonal y neuropéptica observada, contribuyendo así a los síntomas característicos del TLP, aunque numerosos estudios han explorado los procesos neuroendocrinológicos y el funcionamiento cerebral en relación con el TLP, aún no se ha establecido un modelo neurobiológico empíricamente respaldado (Aparicio, 2023).

Patogenia

Desde la perspectiva del modelo biosocial delineado por Linehan (1993), se enfatiza que la disregulación emocional constituye la anomalía central en el Trastorno Límite de la Personalidad, y que los comportamientos característicos del trastorno derivan funcionalmente de esta disfunción.

Desde este modelo se considera que los comportamientos disfuncionales observados en individuos con TLP, como la autolesión, son intentos inadecuados de regular las emociones o son consecuencia de la falta de habilidad para hacerlo, como se evidencia en los síntomas disociativos. Este modelo postula que tanto factores biológicos como ambientales contribuyen al desarrollo del TLP, además la vulnerabilidad biológica a la disregulación emocional se combina con un entorno invalidante durante la crianza, donde las respuestas emocionales del individuo son desestimadas o malinterpretadas. Esto conduce a dificultades para etiquetar las experiencias emocionales, regularlas efectivamente y confiar en ellas como respuestas válidas, generando un patrón de respuestas emocionales extremas o inhibidas (Linehan, 1993).

El modelo también identifica tres tipos de familias invalidantes: caóticas, perfectas y típicas. Recientemente, Crowell et al., (2009) ampliaron este modelo, destacando el papel de la impulsividad temprana como una vulnerabilidad independiente para el desarrollo del TLP, que no fue considerada inicialmente por Linehan. Sugieren que la impulsividad temprana, seguida de una sensibilidad emocional intensa, combinada con factores de riesgo ambiental, conduce a una disregulación emocional, conductual e interpersonal extrema. Este enfoque transaccional destaca la interacción entre las características individuales del niño y del entorno, modelando y manteniendo la disregulación emocional característica del TLP.

Criterios diagnósticos

Los criterios diagnósticos del TLP serán analizados desde los manuales internacionales del DSM-V y el CIE-10.

Según la APA (2013) El TLP se caracteriza por un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y afectos, y una notable impulsividad, que comienza al principio de la edad adulta y está presente en una variedad de contextos, de manera persistente y no deben ser mejor explicados por otro trastorno mental. Tomando en cuenta la presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas:

1. Esfuerzos desesperados para evitar un abandono real o imaginado: Los esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado. Esto no incluye conductas suicidas o autolesivas cubiertas en el criterio 5.
2. Patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas: Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por alternancia entre los extremos de idealización y devaluación.
3. Identidad perturbada: Perturbación de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo muy inestable.
4. Impulsividad en al menos dos áreas potencialmente dañinas: Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente autolesivas (gastos, conductas sexuales de riesgo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamientos suicidas, gestos, o amenazas recurrentes: Comportamientos suicidas, gestos o amenazas recurrentes, o comportamiento de autolesión.
6. Inestabilidad afectiva: Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad generalmente duran horas y rara vez más de unos pocos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío
8. Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira: "Ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes).
9. Síntomas disociativos: Síntomas disociativos severos y transitorios (despersonalización o desrealización) (APA, 2013).

Para recibir una confirmación diagnóstica de TLP según el DSM-5, estos síntomas deben estar presentes de manera persistente y no deben ser mejor explicados por otro trastorno mental, como el trastorno depresivo mayor, el trastorno bipolar, la esquizofrenia u otro trastorno del espectro de la esquizofrenia, o un trastorno neurocognitivo (APA, 2013).

De acuerdo con la OMS (1994) el TLP es considerado como trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad y éste refleja una marcada predisposición a actuar de modo impulsivo sin tomar en cuenta las consecuencias, existe un ánimo impredecible y caprichoso, Predisposición a tener arrebatos de ira y violencia, con una nula capacidad de controlar las conductas explosivas. De igual manera se presenta un comportamiento pendenciero que lo lleva a tener conflictos con los demás en especial cuando se es impedido de llevar a cabo los actos impulsivos. Dentro de este trastorno se subclasifican dos: uno de tipo impulsivo y otro de tipo límite, los mismos que cumplen los siguientes criterios:

Tipo impulsivo:

A. Deben cumplirse los criterios generales establecidos para los trastornos de personalidad según la clasificación F60.

B. Se requiere la presencia de al menos tres de los siguientes criterios, siendo uno de ellos el número 2:

1. Propensión marcada a actuar de manera imprevisible y sin considerar las consecuencias.

2. Tendencia marcada a mostrar comportamientos provocativos y a entrar en conflictos con otros, especialmente cuando se les impide o critica sus actos impulsivos.

3. Episodios recurrentes de ira y violencia, con dificultad para controlar comportamientos explosivos.

4. Incapacidad para mantener actividades que requieren esfuerzo continuo y no proporcionan gratificación inmediata.

5. Cambios de humor volátiles y difíciles de predecir (OMS, 1994).

Tipo límite:

A. Deben cumplirse los criterios generales establecidos para los trastornos de personalidad según la clasificación F60.

B. Se requiere la presencia de al menos tres síntomas descritos en el criterio B de F60.30, además de al menos dos de los siguientes:

1. Dudas persistentes sobre la propia identidad, metas y preferencias personales, incluyendo las sexuales.

2. Tendencia a involucrarse en relaciones emocionalmente intensas e inestables, frecuentemente culminando en crisis emocionales.

3. Esfuerzos excesivos para evitar el abandono por parte de los demás.

4. Comportamientos repetitivos de autolesión o amenazas de autolesión.

5. Sentimientos crónicos de vacío emocional (OMS, 1994).

Tratamientos psicológicos para el Trastorno Límite de la Personalidad

Terapia Dialéctico Conductual (TDC)

Principios teóricos

La TDC fue desarrollada por Marsha Linehan, una psicóloga clínica estadounidense, que tras el manejo a pacientes con TLP, esta integra estrategias de aceptación con técnicas de cambio conductual para crear un tratamiento más holístico y efectivo, donde no solo se centra en modificar comportamientos problemáticos, sino también en aceptar y validar la experiencia emocional del paciente (Soler, 2016).

Se basa en varios principios fundamentales que guían su práctica. El primero es el equilibrio entre aceptación y cambio tomando como referente la filosofía dialéctica, que busca la síntesis de dos posiciones opuestas. En la TDC, esto significa que los terapeutas deben aceptar a los pacientes tal como son, mientras los motivan y ayudan a realizar cambios significativos en sus comportamientos y vidas. El segundo es el desarrollo de habilidades de mindfulness, que enseñan a los pacientes a vivir en el presente y ser conscientes de sus pensamientos, emociones y sensaciones físicas sin juzgarlos (Albarrán et al., 2021).

El tercero es la regulación emocional, que implica enseñar a los pacientes cómo comprender y reducir la intensidad de sus emociones. La regulación emocional es fundamental para ayudar a los pacientes con TLP a manejar las emociones extremas que caracterizan su trastorno, y la cuarta la tolerancia al malestar y la eficacia interpersonal son otros componentes claves que permiten a los pacientes enfrentar y soportar situaciones

difíciles sin recurrir a conductas autodestructivas, así como, mejorar las habilidades de comunicación y en mantener relaciones saludables y equilibradas (Costas et al, 2017).

Proceso Terapéutico para el TLP

Previo a dar paso a la ejecución de la TDC como tal, existe el desarrollo de una fase de suma importancia conocida como Pretratamiento, donde se dará a conocer a detalle cómo funciona el modelo y la terapia, y se iniciara con la ayuda de una exhaustiva evaluación para explorar las metas que el paciente desea trabajar, posterior se buscara identificar ciertas conductas específicas que se consideran problemáticas las cuales se modificaran y deberán ser registradas durante todo el proceso, finalmente se debe fomentar el compromiso y la motivación a mantenerse y ejecutar el tratamiento adecuadamente (Boggiano y Gagliesi, 2021).

Una vez atravesado el pretratamiento, la terapia se estructura en cuatro componentes principales que se trabaja en conjunto para proporcionar un tratamiento integral para el TLP. El primer componente es la terapia individual, cuyo objetivo es abordar los problemas específicos del paciente y trabajar en la motivación y aplicación de las habilidades aprendidas. Las sesiones de terapia individual son semanales y duran aproximadamente una hora. Durante estas sesiones, el terapeuta utiliza una jerarquía de tratamiento específica para priorizar los problemas a tratar, en primer lugar, las conductas suicidas y autolesivas, luego las conductas que interfieren con la terapia, y finalmente las conductas que afectan la calidad de vida del paciente (Albarran et al., 2021).

El segundo componente es el entrenamiento en habilidades, que se realiza en un formato de grupo, el objetivo de estas sesiones es enseñar habilidades específicas que los pacientes pueden usar en su vida diaria. Las sesiones de entrenamiento en habilidades se llevan a cabo semanalmente y duran aproximadamente dos horas. Los grupos son pequeños y las habilidades se agrupan en cuatro módulos: Mindfulness, Regulación Emocional, Tolerancia al Malestar y Eficacia Interpersonal (Vásquez-Dextre, 2016).

Dentro de estos dos primero componentes se hace uso de varias estrategias, entre ellas se encuentran el manejo de contingencias que refuerzan conductas adaptativas y establecen límites claros, estrategias de exposición para tratar emociones concretas mediante la exposición repetida a estímulos emocionales, estrategias cognitivas como la reestructuración cognitiva, la identificación de pensamientos disfuncionales para modificarlos y la validación la cual consta de varios niveles que van desde mostrar interés hasta comunicar confianza en las capacidades del paciente, y finalmente estrategias dialécticas que buscan integrar patrones opuestos en el comportamiento del paciente, equilibrando la aceptación y el cambio, utilizando metáforas y analogías para facilitar el proceso terapéutico (Costas et al, 2017).

El tercer componente de la TDB es el coaching telefónico, que proporciona apoyo en tiempo real para ayudar a los pacientes a aplicar las habilidades en situaciones diarias, los terapeutas están disponibles para consultas breves por teléfono entre sesiones para orientación y apoyo inmediato cuando enfrentan situaciones desafiantes. El cuarto componente es el equipo de consulta para terapeutas, que está diseñado para apoyar a los terapeutas que trabajan con pacientes difíciles, el equipo de consulta se reúne semanalmente

y proporciona un foro para que los terapeutas discutan casos difíciles, compartan estrategias y se apoyen mutuamente (Vásquez-Dextre, 2016).

Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS)

Principios y Bases teóricas

El Programa de Entrenamiento para la Regulación Emocional y la Solución de Problemas (STEPPS), es una estrategia de psicoterapia grupal creada para abordar el TLP. Este método fue concebido por el equipo de trabajo de la Dra. Nancee Blum en la Universidad de Iowa, en Estados Unidos, durante los años 90. Tras analizar diversos modelos de intervención psicológica basados en evidencia, eligieron un programa desarrollado por Bartels y Crotty en 1992, que se centraba en un enfoque sistémico para el tratamiento de personas con TLP. El equipo de la Dra. Blum adaptó y modificó este programa, dando como resultado el manual de STEPPS, publicado en 2002 (Contero et al., 2019).

La perspectiva teórica de este programa de tratamiento es el modelo cognitivo-conductual que caracteriza al TLP como un trastorno en la regulación de las emociones y la conducta, se basa en varios principios fundamentales, primero enfatizando la educación sobre el trastorno y la normalización de las experiencias emocionales intensas que enfrentan los pacientes, buscando reducir el estigma y aumenta la comprensión y aceptación del trastorno. Segundo busca enseñar habilidades prácticas y aplicables que puedan utilizar en su vida diaria para gestionar sus emociones y comportamientos, así como la creación de un entorno seguro y de apoyo (Alesiani et al., 2014).

Proceso Terapéutico

El programa STEEPS se estructura en una serie de sesiones grupales que se llevan a cabo semanalmente, generalmente entre 8 y 20 semanas. Cada sesión tiene una duración de aproximadamente 120 minutos y sigue un formato estructurado que incluye la revisión de tareas, la enseñanza de nuevas habilidades, la práctica de habilidades en el grupo y la asignación de tareas para la práctica fuera de las sesiones, estas deben ser dirigidas por terapeutas capacitados que facilitan las discusiones y ejercicios prácticos, usualmente en grupos de máximo 8 a 10 participantes que permite una atención más individualizada lo que mejora la práctica y la retroalimentación (Black et al., 2013).

Se da inicio con el cuestionario de Evaluación de la gravedad del TLP a lo largo del tiempo (BEST), que mide la intensidad de pensamientos, sentimientos y comportamientos semanalmente, los participantes registran sus puntuaciones en un gráfico para observar la variabilidad del TLP, la disminución de episodios emocionales y el aumento de comportamientos positivos y habilidades aprendidas. Esta herramienta también permite comparar la sintomatología del antes y después del programa, evaluando impulsos y comportamientos autodestructivos, intensidad emocional y comportamientos adaptativos (Contero et al., 2019).

La primera mitad de la sesión se dedica a revisar el Continuo de Intensidad Emocional, que califica la intensidad emocional del 1 al 5, fomentando la conciencia sobre la variabilidad de la intensidad emocional a lo largo del tiempo, y la segunda parte de la

sesión se centra en el aprendizaje de estrategias del STEPPS, utilizando materiales escritos y otros recursos relevantes, los pacientes pueden comentar problemas personales o interpersonales, pero el formato no permite dedicar demasiado tiempo a un solo miembro, permitiendo reconocer problemas y ofrecer apoyo mientras se mantienen límites razonables para no desviar el objetivo principal de la sesión (Costas et al, 2017).

El programa consta de 3 fases, la primera centrada en fomentar la conciencia de la enfermedad y la motivación para el cambio durante las dos primeras sesiones, reemplazando las ideas equivocadas sobre el TLP con información más precisa, se introduce el concepto de esquemas cognitivos desadaptativos y se hace uso de un cuestionario para identificarlos, ayudando a comprender patrones cognitivos y emocionales. La Fase 2 abarca de la sesión 3 a la 12, se enfoca en el entrenamiento en habilidades para la regulación emocional, enseñando estrategias como Distanciamiento, Comunicación, Reto, Distracción y Afrontamiento de problemas para manejar la intensidad emocional en crisis. (Blum et al, 2008).

La Fase 3 es de la sesión 13 a la 20, se dedica a mejorar el funcionamiento en áreas básicas de conducta, identificando problemas cotidianos a través de un cuestionario aprendiendo a establecer metas en áreas como alimentación, sueño, ocio, actividad física, salud física y relaciones interpersonales, también se aborda la disminución de conductas autodestructivas, utilizando las metas para re-aprender patrones de funcionamiento que reduzcan la inestabilidad emocional y permitan una vida más significativa y estructurada (Costas et al, 2017).

Terapia Basada en la Mentalización (TBM)

Principios y Bases Teóricas

La Terapia Basada en la Mentalización (TBM) es un enfoque psicoterapéutico desarrollado por Peter Fonagy y Anthony Bateman a finales de los años 90, en respuesta a la creciente evidencia de que las personas con TLP presentan dificultades significativas en la capacidad de mentalización concepto que en conjunto con la teoría del apego buscan mejorar la capacidad del individuo para comprender sus propios estados mentales y los de los demás (Fonagy et al., 2015).

Su uso se basa en varios principios fundamentales como el ya mencionado, la mentalización, se refiere a la capacidad de comprender y reflejar los estados mentales propios y ajenos, esencial para la regulación emocional y las interacciones interpersonales saludables, ya que, es visto como un proceso dinámico que puede ser influenciado por factores emocionales y contextuales. Otro principio clave es la teoría del apego, que postula que las experiencias tempranas con los cuidadores influyen en la capacidad de mentalización, usualmente personas con TLP tienden a presentar historias de apego inseguro, lo que afecta negativamente su capacidad para mentalizar, por lo que busca fomentar esa seguridad en el apego y mejorar la capacidad de mentalización (Bateman, 2016).

Las personas con TLP presentan una capacidad disminuida para mentalizar en situaciones de estrés, especialmente cuando se activan los vínculos de apego debido a experiencias tempranas adversas, su sistema de apego está hiperactivado, lo que se manifiesta en relaciones intensas e inestables, una rápida transición hacia la intimidad y

esfuerzos desesperados por evitar el abandono. Además, su capacidad de autorregulación emocional es limitada, reaccionan con desregulación ante el estrés y tardan en recuperar la calma, por lo que, atraviesan cambios bruscos en su estado mental (Fonagy et al., 2015).

Proceso Terapéutico

La TBM es un tratamiento estructurado que sigue un plan de tratamiento cuidadosamente gestionado, con una duración típica de 12 a 18 meses, y sesiones establecidas en un marco específico. Su objetivo principal es fortalecer la capacidad de mentalización de los individuos, tanto de forma individual como en grupo, con el fin de aumentar su resiliencia emocional. Existen diversas técnicas y enfoques terapéuticos dentro que se utilizan para mejorar la capacidad de mentalización de los pacientes (Bateman, 2018).

Primordialmente se pone énfasis en el proceso de afectos y pensamientos que se activan en un contexto relacional más que en las conductas, para aumentar la capacidad de mentalizar del paciente se requiere una buena alianza y un vínculo seguro con el terapeuta. Este debe sintonizar con el paciente, mostrar interés por sus estados mentales y adaptar sus intervenciones a la capacidad de mentalización del paciente en cada momento (Choi-kain y Unruh, 2019).

Una evaluación inicial exhaustiva es la primera fase es vital para tener mayor conocimiento del historial del paciente, sus síntomas y su capacidad de mentalización. Esta evaluación ayuda a establecer una línea base y a planificar el tratamiento, el tratamiento intensivo es la siguiente fase, que generalmente incluye sesiones individuales y grupales. Las individuales se centran en explorar los estados mentales del paciente, sus emociones y relaciones y las sesiones grupales son una parte integral (Costas et al, 2017).

En la terapia, la seguridad, el soporte y la empatía son componentes esenciales, lo que implica escuchar sin juzgar, evitar críticas y no asumir que comprendemos los sentimientos del paciente, mediante preguntas abiertas los terapeutas muestran su interés por entender los problemas desde la perspectiva del paciente. Es crucial no dar consejos basados en teorías, sino mantener una relación de apoyo que respete la autonomía del paciente, promoviendo la clarificación y elaboración de que el afecto se centran en explorar el contexto de las conductas problemáticas, conectando acciones con emociones para entender y corregir fallos en la mentalización (Choi-kain y Unruh, 2019).

La identificación de la mentalización positiva se logra reconociendo y reforzando la capacidad del paciente para mentalizar, mostrando cómo entender los estados mentales ayuda a manejar las emociones. En situaciones de pérdida de mentalización, se puede desafiar al paciente ofreciendo una perspectiva diferente, se requiere que el terapeuta se detenga, escuche y explore activamente los pensamientos y sentimientos del paciente. (Bateman, 2018).

CAPÍTULO III. METODOLOGIA.

Tipo de Investigación:

El estudio que se presenta se caracteriza por ser de tipo bibliográfico. Esto implica que se basará en la recopilación, revisión y análisis de diversas fuentes, como artículos científicos y libros técnicos, relacionados con el tema abordado. A partir de esta recopilación, se llevará a cabo una síntesis y un análisis exhaustivo y detallado de la información obtenida. El objetivo es producir un trabajo de alta calidad que ofrezca información relevante y útil para los lectores interesados en la temática.

Nivel de investigación:

Este estudio es de naturaleza descriptiva, ya que se enfoca en recopilar información relevante sobre las variables de interés, como la terapia dialectico conductual, terapia de mentalización, programa STEEP y trastorno límite de la personalidad. A través de esta recopilación, se busca conceptualizar y explicar las características principales, objetivos, eficacia, tipos, factores subyacentes y modelos asociados con la temática. El propósito central es describir estas variables y proporcionar una base teórica que pueda servir de guía para investigaciones futuras, ofreciendo una comprensión clara y precisa de estos fenómenos.

Estrategias de búsqueda:

Para la búsqueda de artículos científicos adecuados y relevantes para la investigación se hizo uso de varias estrategias de búsqueda en las distintas bases de datos utilizada como: Web of Science (WOS), SCOPUS, Scielo y PUBMED donde en todas la bases se hizo uso de términos de búsqueda como "Psychotherapy of limit personality disorder" y "Borderline Personality Disorder", utilizando operadores booleanos "AND, OR" para delimitar de forma más específica la búsqueda y aplicando filtros de idioma español e inglés, y tipo de documento artículo.

Para todos los documentos se restringió su temporalidad a los últimos 10 años y cuando existían más de dos palabras dentro de los términos a utilizar, se colocaron entre comillas a los mismos. Todas estas búsquedas se llevaron a cabo durante el periodo de más de 2 meses desde el 21 de abril de 2024 hasta el 30 de junio del mismo año.

Extracción de datos:

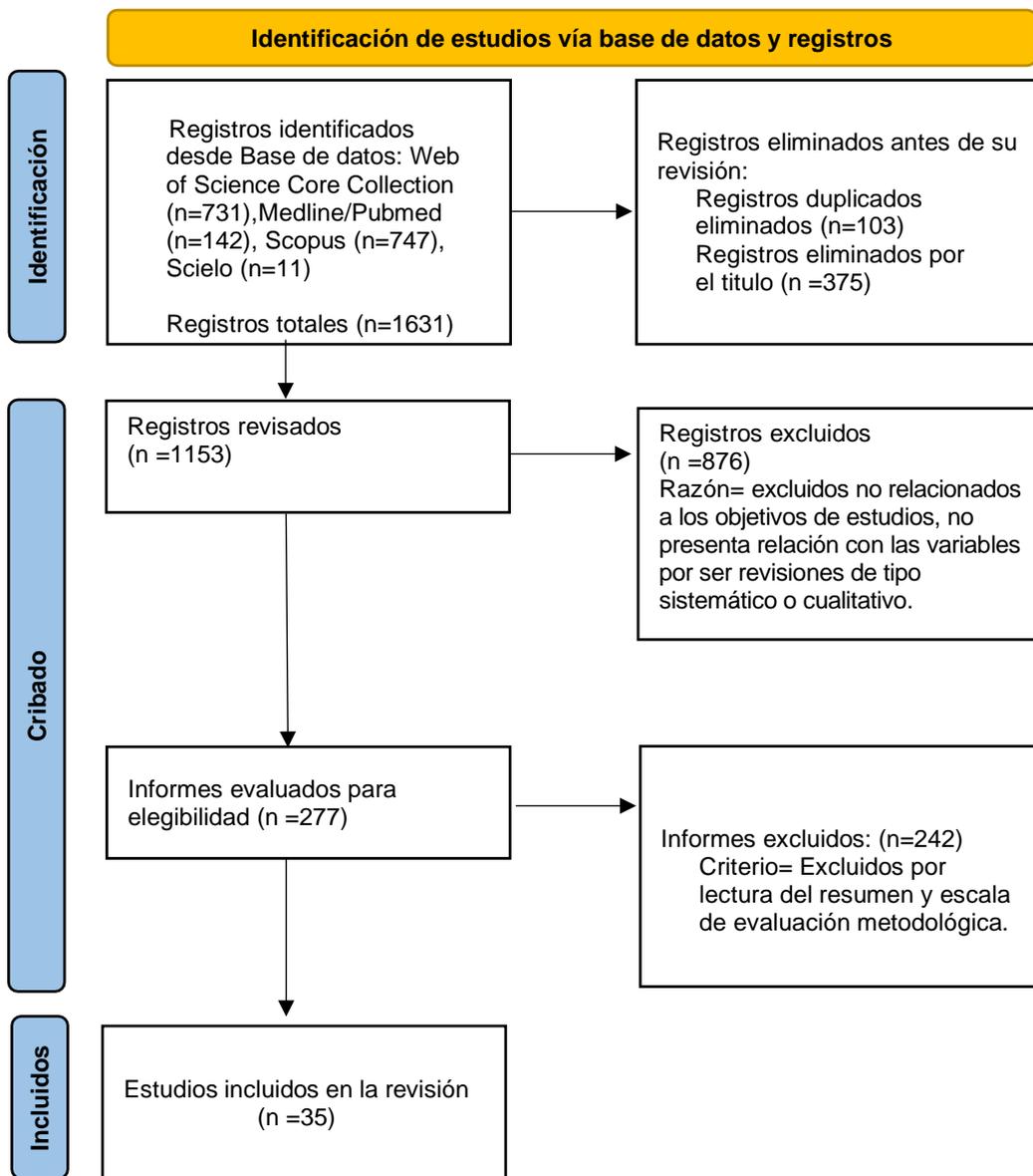
Para la extracción de datos relevantes para el estudio, los dos investigadores encargados trabajaron inicialmente sobre una base de 1631 artículos obtenidos de los repositorios de Web of Science, Scopus, Scielo y PubMed. A partir de ellos, en la primera fase de identificación, se eliminaron 478, de ellos 103 duplicados y 375 por criterios de título.

En la segunda fase, se revisaron 1153, con un total de registros excluidos de 876, debido a criterios de: no relación a los objetivos de estudio no presenta relación con las variables, por ser revisiones de tipo sistemático o cualitativo. Para la tercera fase de cribado se trabajó con 277 informes, de los cuales se excluyeron 320 debido a que al leer el resumen no se alineaban a los objetivos del estudio y bajo la evaluación de calidad metodológica que

se presentara posteriormente. Por lo que, en el proyecto, solo se incluyeron 35 artículos para realizar el proceso de triangulación.

Todo el proceso descrito anteriormente se puede observar gráficamente en la figura 1, presentada a continuación.

Figura 1
Diagrama de flujo PRISMA 2020



Selección de los estudios

Tabla 1.

Criterios de selección de los documentos científicos

- *Artículos publicados en los últimos 10 años.*
 - *Artículos en idioma inglés y español que puedan ser traducidos sin afectar el contenido informativo de los mismos.*
 - *Estudios o documentos cuantitativos (estudios de caso, ensayos clínicos, investigaciones científicas experimentales).*
 - *Artículos científicos de fuentes confiables (scielo, Google académico, entre otros).*
 - *Artículos relacionados con la terapia dialectico conductual.*
 - *Artículos relacionados con la terapia de mentalización.*
 - *Artículos relacionados al programa STEEPS*
 - *Artículos relacionados al trastorno límite de la personalidad*
-

Tabla 2

Criterios de exclusión de los documentos científicos

- *Artículos que no estén disponibles en su versión completa*
 - *Artículos pagados.*
 - *Artículos que no cuenten con base científica evidenciable.*
 - *Documentos que pertenezcan a páginas de internet de tipo no científica o a pregrado.*
 - *Revisiones Sistemáticas*
 - *Artículos que sean anteriores a los 5 últimos años*
-

Evaluación de la calidad

El instrumento utilizado para la evaluación de los artículos a utilizar fue la escala Critical Review Form-Quantitative Studies (CRF-QS), que es una herramienta ampliamente usada para el análisis de proyectos con metodología cuantitativa como lo son los estudios de caso o ensayos controlados aleatorios. Incluye un total de 19 ítems, los cuales se califican con una puntuación de 0 y 1, en donde 0 refleja que no cumple completamente con el criterio y 1 que si cumple con el criterio. (Louw, 2011).

A continuación, se expone los criterios e ítems que estructuran la escala de calidad metodológica

Tabla 3.

Criterios basados en el CRF-QS para determinar la calidad metodológica

Criterios	No ítems	Elementos a valorar
Finalidad del estudio	1	Objetivos precisos, concisos, medibles y alcanzables
	2	Antecedentes relevantes para el estudio

Literatura		
	3	Adecuada al tipo de estudio (tipo, enfoque, nivel)
Diseño	4	Ausencia de sesgos (grupos desproporcionados, no deja alcanzar objetivos, usa instrumentos no adecuados)
Muestra	5	Descripción de la muestra en detalle
	6	Justificación del tamaño de la muestra
	7	Consentimiento informado
Medición	8	Validez de las medidas
	9	Fiabilidad de las medidas
Intervención	10	Descripción de la intervención
	11	Evitar contaminación
	12	Evitar co-intervención
Resultados	13	Exposición estadística de los resultados
	14	Métodos de análisis estadístico
	15	Abandonos
	16	Importancia de los resultados para la clínica
Conclusión e implicación clínica de los resultados	17	Conclusiones coherentes
	18	Informe de la implicación clínica de los resultados obtenidos
	19	Limitaciones del estudio

Fuente: Los criterios e ítems fueron redactados de acuerdo con lo planteado por Law et al. (López, 2017).

La puntuación alcanzada determina la calidad metodológica de cada investigación, se siguen los siguientes puntos de corte:

- Igual o menor a 11 criterios: pobre calidad metodológica.
- Entre 12 y 13 criterios: aceptable calidad metodológica.
- Entre 14 y 15 criterios: buena calidad metodológica.
- Entre 16 y 17 criterios: muy buena calidad metodológica.
- Entre 18 y 19 criterios: excelente calidad metodológica

A continuación, se evidencian 53 artículos científicos que cumplieron con la calidad metodológica determinada a partir de los criterios del CRF-QS.

Tabla 4

Calificación de la calidad metodológica de los documentos científicos

Nº	Título	Puntuación CRF-QS																		Total	Categoría	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18			19
1	Systems training for emotional predictability and problem solving in older adults with personality disorders: a pilot study	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
2	A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared with Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	19	Excelente
3	Dialectical Behavior Therapy for Adolescents with Repeated Suicidal and Self-harming Behavior: A Randomized Trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
4	Dialectical behavior therapy v. mentalization-based therapy for borderline personality disorder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
5	Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente

Patients with Borderline Personality Disorder																						
6	Day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment: 3-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder in a multicentre randomized clinical trial – ERRATUM	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
7	The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	18	Excelente
8	Changes in neurocognitive functioning after 6 months of mentalization-based treatment for borderline personality disorder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
9	Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	18	Excelente
10	Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena calidad

Borderline Personality Disorder in a Low Secure Unit																						
21	Dialectical behaviour therapy for younger adults: Evaluation of 22 weeks of community delivered dialectical behaviour therapy for females 18–25 years	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	17	Muy buena
22	Short-Term versus Long-Term Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial (MBT-RCT)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	16	Muy buena
23	Steps for borderline personality disorder: A pragmatic trial and naturalistic comparison with noncompleters	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	16	Muy buena
24	Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	16	Muy buena
25	The Comparison of Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) in Reducing the Severity of Clinical Symptoms (Disruptive Communication, Emotional	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	16	Muy buena

	treatment pilot study through the STEPPS programme																					
31	Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	15	Buena
32	Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	15	Buena
33	Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	14	Buena
34	Mentalization-Based Treatment in a Naturalistic Setting in Ireland: A Cohort Study	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	12	Acceptable
35	Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	1	13	Acceptable

Consideraciones éticas

Este estudio se condujo siguiendo principios éticos, particularmente en lo que respecta al uso adecuado de información científica. Se respetaron en todo momento los derechos de autor de los artículos y libros técnicos utilizados en esta investigación, asegurando el uso correcto de citas y referencias bibliográficas. Es crucial destacar que toda la información recopilada se empleará exclusivamente con fines educativos.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Esta sección es el componente central del trabajo y combinará los resultados con la discusión de manera integrada. Se empleará la técnica de triangulación para analizar los datos. En cada tabla de triangulación, se especificará a cuál objetivo están vinculados los resultados presentados.

A continuación, se llevará a cabo un análisis y discusión de los artículos que respondan a ese objetivo en particular, agrupando los resultados cuando haya conexión o similitudes. Se destacarán los resultados más importantes de los estudios seleccionados, comparando los diferentes trabajos analizados y asegurando citar y referenciar adecuadamente los estudios en la bibliografía.

Tabla 5

Eficacia de la terapia dialectico-conductual en personas con trastorno límite de la personalidad

No.	Título/Autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Efficacy and cost-effectiveness of an experimental short-term inpatient Dialectical Behavior Therapy (DBT) program: study protocol for a randomized controlled trial/ van den Bosch Louis, Sinnaeve Roland, Hakkaart-van Roijen Leona y van Furth Eric/ 2014	Muestreo aleatorio conformado por 70 participantes entre 18 a 45 años, con diagnóstico primario de trastorno límite de la personalidad con patrón crónico en su sintomatología, se asignaron mediante un software desarrollado por el Centro Médico de Ámsterdam utilizando el procedimiento de moneda sesgada.	Vragenlijst voor Kenmerken van de Persoonlijkheid (VKP) Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV, versión II (SCID-II) Lifetime Parasuicide Count (LPC) Índice de Gravedad del Trastorno de Personalidad Límite (BPDSI) Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey (SF-36) Cuestionario Trimbos e iMTA sobre Costes Asociados a Enfermedades Psiquiátricas (TiC-P) Brief Symptomatology Inventory (BSI)	Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) Regresión logística longitudinal, Análisis de regresión lineal de modelo mixto Método de máxima verosimilitud con información completa	Se encontró una reducción significativa en la gravedad de los problemas de TLP, especialmente en el ámbito de los problemas interpersonales. Se observaron efectos positivos en las pacientes que al inicio del estudio reportaron altos niveles de intentos de suicidio y comportamientos autodestructivos, posterior a la terapia solo el 20% de los px aun presentaban conductas suicidas, esperando un mayor marco de reducción entre la semana 24 y 52. El estudio concluyó que el programa experimental era prometedor para estas pacientes y que se justificaba un mayor desarrollo e investigación.
2	Dialectical behavior therapy v. mentalization-based therapy for borderline personality disorder/ Barnicot Kirsten, Crawford Mike/ 2018	Población conformada por un total de 98 pacientes, de los cuales 90 dieron su consentimiento informado (N=90) diagnosticados con TLP que cumplen los criterios de inclusión, de los cuales 58	Estructurada para el DSM-IV, versión II (SCID-II) Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) Entrevista de autolesión por intento de suicidio (SASII) Evaluación límite de la gravedad a lo largo del tiempo (BEST)	Paquete estadístico STATA/SE versión 14.2 Regresión lineal para variables dependientes continuas Regresión logística para variables dependientes binarias Regresión binomial	A los 12 meses de seguimiento, no hubo diferencias significativas en el número de incidentes de autolesión, la gravedad del trastorno en quienes recibieron TDC y TBM en cuanto al número, sin embargo, los pacientes que recibieron TDC fueron más propensos a ser admitidos en urgencias y a tener ingresos psiquiátricos durante el período de estudio de 12 meses. El grupo de TDC a pesar de tener una mayor tasa de abandono del tratamiento, mostraron una disminución más

		recibieron TDC y 32 TBM. 42 abandonaron previo a 12 meses de tratamiento y solo 48 los culminaron	<p>Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS)</p> <p>Escala de Experiencias Disociativas (DES)</p> <p>Subescala de Alteraciones en las Relaciones de la Entrevista Estructurada para Trastornos de Estrés Extremo – Autoinforme (SIDESSR)</p>	negativa para variables dependientes de recuento sobre dispersadas	pronunciada en los incidentes de autolesión y desregulación emocional a lo largo del tiempo.
3	A randomized trial of brief dialectical behaviour therapy skills training in suicidal patients suffering from borderline disorder/ McMain Shelley, Guimond Tim, Barnhart Ryan, Habinski Liat, Streiner David/ 2016	Muestreo aleatorio conformado por un total de 150 posibles sujetos y 84 fueron asignados aleatoriamente, en rango de edad de 18 a 60 años que cumplan los criterios de inclusión, fueron asignados a grupos utilizando un diseño de bloques aleatorios estándar en bloques de cuatro tamaños.	<p>Entrevista Clínica Estructurada I para el DSM-IV (SCID-I)</p> <p>Escala De Calificación Global de DBT</p> <p>Entrevista de autolesión de intento de suicidio en la vida (LSASI)</p> <p>Inventario de Autolesiones Deliberadas (DSHI)</p> <p>Entrevista de Historial de Tratamiento-2 (THI-2)</p> <p>Lista de síntomas límite-23 (BSL-23)</p> <p>Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo (STAXI)</p> <p>Lista de verificación de síntomas revisada 90 (SCL-90-R)</p> <p>Escala de Impulsividad de Barrett-11 (BIS-11)</p>	<p>Pruebas-t para variables Continuas</p> <p>Pruebas de chi-cuadrado para variables categóricas/nominales.</p> <p>Modelos lineales generalizados longitudinales multinivel (MLGLM)</p> <p>Distribución de Poisson</p> <p>Modelos de curvas de crecimiento lineal multinivel</p> <p>Máxima verosimilitud restringida (REML)</p> <p>Wald χ^2 tests y P-values</p> <p>Ajuste secuencial de Bonferroni de Holm</p>	Del total de participantes el 71% logro finalizar el tratamiento y el 31% lo abandonaron de forma temprana. El 86% estaban tomando medicamento y se observa una disminución en su consumo tras 20 semanas de TDC, también se evidenció reducción en conductas autolesivas y episodios suicidas, mejoras significativas en la tolerancia al estrés, la regulación de la emociones síntomas de angustia y límite, mayor adaptación social, así como, diferencia significativas en cuanto a acudir al servicio de urgencia, sin embargo, no existió mayor diferencia frente a la impulsividad

			Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) Escala de Ajuste Social – Autoinforme (SAS-SR) Escala de Regulación de las Emociones (DERS) Escala de Tolerancia al Distress (DTS) Escala del Inventario de Atención Plena de Kentucky (KIMS)		
4	A 12-month study of dialectical behavioral therapy for borderline patients suffering from eating disorders/ Liakopoulou Efi, Vassalou Georgia, Tzavara Chara, Gonidakis Fragiskos/ 2023	Reclutaron 92 pacientes de la unidad de trastornos alimentarios del 1er Departamento de Psiquiatría de la Universidad Nacional y Kapodistriana de Atenas, uno se negó a participar y 15 abandonaron el tratamiento prematuramente, solo 72 completaron un año de tratamiento con una edad media entre 26 años	Lista de síntomas límite 23 (BSL 23) Lista de verificación de formas de afrontamiento (WCCL) Cuestionario de conductas suicidas (SBQ) Examen de trastornos alimentarios (EDE-Q) Estructurada para el DSM-IV, versión II (SCID-II)	Variables continuas se expresaron como valores medios (desviación estándar, DE), y variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y relativas Pruebas t de Student pareadas y las pruebas con signos de Wilcoxon Coeficientes de correlación de Spearman (rho) para asociación de variables. Software Statistical Package for the Social Science (SPSS)	Los resultados de las mediciones indican que las puntuaciones en las escalas BSL-23 y EDE-Q, así como en la escala SBQ, disminuyeron significativamente en la segunda evaluación. Al mismo tiempo, la subescala de Habilidades DBT mostró un aumento notable, mientras que el factor de afrontamiento disfuncional general (medido por WCCL) también disminuyó significativamente. No se observó un cambio significativo en el factor de la WCCL que evalúa la tendencia a culpar a otros. Además, la calidad del estado general de los participantes mejoró significativamente un año después de completar la TDC.
5	The Effectiveness of 6 versus 12 Months of Dialectical Behavior	Estudio aleatorizado conocido por participantes y	Examen Internacional de Trastornos de la Personalidad (IPDE)	Modelos mixtos lineales generalizados (GLMM)	Se observó una reducción significativa en la autolesión total tanto en intentos de suicidio como en autolesiones no suicidas (NSSI), en los participantes de ambas

	Therapy for Borderline Personality Disorder: A Noninferiority Randomized Clinical Trial Shelley F. McMaina, Alexander L. Chapman, d Janice R. Kuoe Katherine L. Dixon-Gordonf Timothy Henry Guimonda, Cathy Labrishia Wanrudee Isaranuwachaig, David L. Streinerb/2021	terapeutas y enmascarado para los evaluadores. Previo a una evaluación inicial de un total de 1.181 participantes fueron elegidos 240 participantes asignados al azar a DBT-6 (n=120) o DBT-12 (n=120)	Lista de síntomas límite-23 Lista de verificación de síntomas-90-revisada - Índice de gravedad global Inventario de expresión de ira de rasgo-estado-2 –Subescala de expresión de ira Inventario de depresión de Beck-II Inventario de problemas interpersonales-64 Lista de verificación de formas de afrontamiento DBT, Subescala de uso de habilidades	Modelos lineales mixtos (LMM) Estimación estándar de máxima verosimilitud Muestra por intención de tratar (ITT) Pruebas de diferencias significativas Paquetes lme4 geepack, nlme y emmeans para estimar las medias marginales y los intervalos de confianza	condiciones de tratamiento. A los 12 meses, se estableció que la TDC-6 no era inferior en términos de reducción de autolesión total, y este criterio se cumplió también a los 6 y 24 meses para NSSI, aunque no para los intentos de suicidio a los 24 meses. En los resultados secundarios, hubo mejoras significativas en todos los resultados, excepto en la psicopatología general para TDC-12 a los 6 meses, los síntomas de trastorno límite de la personalidad (BPD) fueron superiores. Aunque se observó una mejora en la expresión de la ira y la adopción de habilidades, no se pudo establecer la superioridad de estas mejoras para DBT-12 en la muestra ITT.
6	Outcomes of brief versions of Dialectical Behaviour Therapy for diagnostically heterogeneous groups in a routine care setting (Lillian, Seow, Khan. Collins, Page & Hooke, 2021)	Basado en datos naturales de 395 pacientes que fueron admitidos en un hospital psiquiátrico privado en Perth, Australia, la muestra estaba conformada por pacientes hospitalizados o ambulatorios, ofreciéndoles 2 modalidades de tratamiento TDC-5 o TDC-12, quienes no asistieron a 2 sesiones	Escalas de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) Escala de resultados de salud de la nación (HoNOS) Escala de autoestima de Rosenberg (RSE) Cuestionario breve de encuesta de salud 14 (SF-14) Lista de síntomas límite: versión corta (BSL-23)	Prueba de Little's Missing Completely at Random (MCAR) Análisis de varianza de medidas repetidas unidireccionales (ANOVA) Jacobson y Truax Pruebas t de muestras independientes Bonferroni corrected p-value	Se evidencia que los pacientes hospitalizados mostraron una reducción mayor en los síntomas del TLP y mayores aumentos en el funcionamiento social en comparación con los pacientes ambulatorios. En cuanto al efecto de la TDC-5 los tamaños de efecto en depresión, ansiedad y salud/bienestar mental se situaron dentro del rango informado en estudios previos, pero para los síntomas límite estuvo por debajo del rango de estudios anteriores, para la TDC-12 estuvieron dentro o por encima del rango de estudios anteriores, por lo que, no se encontraron diferencias significativas entre ambos. Sin embargo, puntajes de salud mental y funcionamiento social fueron significativamente mayores para la TDC-12. Se establece que al menos el 43.5% de los pacientes fueron clasificados como recuperados y las tasas de reingreso fueron bajas con el 5% al 6.8%

		consecutivas se lo considero como abandono			
7	Treatment selection in borderline personality disorder between dialectical behavior therapy and psychodynamic psychiatric management John R. Keefe, Thomas T., Robert J. DeRubeis, David L. Streiner, Paul S. Links and Shelley F. McMain/2020	Muestreo aleatorio simple ciego con un total de 156 pacientes elegibles entre 18 a 60 años de edad del Centro para la Adicción y la Salud Mental y en el Hospital St. Michael, que cumplen con criterios de inclusión de tener al menos dos episodios de autolesión suicida o no suicida en los últimos 5 años, al menos uno de dentro de los 3 meses anteriores a la inscripción, hablar inglés con fluidez y diagnóstico de TPL	Índice de Gravedad Global (GSI) de la Lista de Verificación de Síntomas-90 Escala de Calificación de Zanarini Inventario de depresión de beck SCID-I diagnosticó trastorno de Ansiedad Inventario de Ira Estado-Rasgo-Expresión de Ira Inventario de problemas Interpersonales Escala de Ajuste Social	Entorno informático estadístico R, versión 3.6.1 en Windows 10 Protocolo prerregistrado en Open Science Framework Abuso emocional infantil (CTQ) Paquete R bootStepAIC versión 1.2 Paquete R caret versión 6.0-84	El estudio encontró que los pacientes con mayor predicción sobre su tratamiento mostraron efectos positivos que pacientes con predicciones menos a recibir el tratamiento recomendado. Esto podría deberse a varios factores, como la falta de variables clave o la dificultad de tratar a ciertos pacientes, la TDC fue especialmente efectiva en pacientes con mayor dependencia, problemas psicosociales y antecedentes de trauma emocional infantil. Estos pacientes, que suelen tener un ajuste social bajo, se beneficiaron de aprender habilidades estructuradas y de la fuerte alianza terapéutica que se puede formar con un terapeuta disponible y en contacto frecuente.
8	The Comparison of Effectiveness of Dialectical Behavioral Therapy (DBT) and Schema Therapy (ST) in Reducing the Severity of Clinical Symptoms (Disruptive Communication, Emotional Derregulation	La población de estudio incluyo a todos los pacientes masculinos con TLP remitidos a clínicas publicas y privadas de Tabriz entre edades de 17 a 45 años, de la cual en total se obtuvo una muestra	Indice de gravedad del trastorno límite de la personalidad (BPDSI)	Pretest, postest y seguimiento para los tres factores del trastorno límite de la personalidad Análisis multivariado de covarianza (MANCOVA)	Los resultados mostraron que ambas terapias tanto la ST como la TDC fueron efectivas en reducir estos factores, siendo la TDC más eficaz en mejorar la comunicación interrumpida En términos de desregulación conductual y emocional, no hubo diferencias significativas entre, aunque ambos tratamientos fueron significativamente más efectivos que el grupo de control. En general, los resultados indican que tanto la TDC como ST son

	and Behavioral Deregulation) of borderline personality disorder in Iran Najmeh Hamid, Rasoul Rezaei Molajegh, Kiomars Bashlideh, Manijeh Shehniyailagh/ 2020	aleatoria de 45 pacientes dividida en 3 grupos				eficaces en el tratamiento de los síntomas del TLP, con algunas ventajas en la TDC en ciertos aspectos.
9	Dialectical behavior therapy skills training affects defense mechanisms in borderline personality disorder: An integrative approach of mechanisms in psychotherapy Sebastian Euler, Esther Stalujanis, Gilles Allenbach, Stéphane Kolly, Yves De Roten, Jean-Nicolas Despland & Ueli Kramer/2018	El estudio principal se conformo por un total de 41 de los cuales 31 conformaron una submuestra, todos tenían diagnóstico de TLP y eran mayores de 18 años con un rango de edad de 21 a 55 años. La mayoría eran mujeres y el resto hombres, y excluyeron pacientes con trastorno psicótico comórbido y discapacidad intelectual, así como aquellos que habían recibido terapia dialéctico-conductual (DBT) antes de participar en el estudio.	Entrevista dinámica (DI) Escala de calificación del mecanismo de defensa (DMRS) Cuestionario de autoinforme OQ-45.2 Lista de síntomas límite: versión corta (BSL-23)	Pruebas Independientes t -pruebas Estadística univariada Análisis de covarianza unidireccional (ANCOVA) Prueba de Levene para igualdad de varianzas Correlaciones parciales Análisis de regresión lineal independientes		Se encontraron diferencias significativas en los puntajes de mecanismos de defensa generales (ODF) entre los grupos de CONTROL y SKILLS al inicio del estudio, siendo mayores en el grupo de CONTROL. No se encontraron diferencias significativas en los niveles individuales de defensa (maduro, obsesivo, neurótico, narcisista, desautorización, borderline, acción, psicótico) al inicio, el análisis posterior mostró que el grupo SKILLS tuvo un aumento significativo en el puntaje ODF al final del tratamiento, mientras que el grupo CONTROL no mostró cambios significativos. Específicamente, se observó una disminución significativa en las defensas borderline en el grupo SKILLS, en contraste con un aumento en el grupo CONTROL. No se encontraron otros cambios significativos en los niveles individuales de defensa. Además, se investigó si los cambios en los mecanismos de defensa se correlacionaban con los resultados terapéuticos. No se encontraron correlaciones significativas entre los cambios en ODF y los síntomas al final del tratamiento y tres meses después.
10	A randomised trial of dialectical behaviour therapy and the conversational model for the treatment of borderline	El estudio se llevó a cabo en un Centro de Psicoterapia especializado para pacientes ambulatorios	Entrevista Clínica Estructurada para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, 4ª edición (SCID-II) SASI-Count	Prueba estadística Bonferroni Pruebas Estadísticas de dos colas		Este estudio evaluó la efectividad de la terapia TDC frente al manejo clínico (CM) para tratar el TLP, y se encontró una reducción significativa en comportamientos suicidas y autolesivos, así como en la severidad de la depresión con el tiempo, pero no hubo

	<p>personality disorder with recent suicidal and/or non-suicidal self-injury: An effectiveness study in an Australian public mental health service Carla J Walton, Nick Bendit, Amanda L Baker, Gregory L Carter and Terry J Lewin/2020</p>	<p>TLP, donde se aceptaron derivaciones de equipos de salud mental comunitario. El reclutamiento comenzó en enero de 2007 y se alcanzó el tamaño de muestra final de 162 participantes en abril de 2013, mediante una asignación aleatoria estratificada.</p>	<p>Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II) Índice de gravedad del trastorno límite de la personalidad (BPDSI-IV) Inventario de problemas interpersonales (IIP) Escala de Experiencias Disociativas (DES) Inventario del sentido de uno mismo (SSI) Inventario de habilidades de atención plena de Kentuck (KIMS) Escala de dificultades en la regulación de las emociones (DERS)</p>	<p>Modelos binomiales negativos Ecuaciones de estimación generalizadas (GEE) Matriz de correlación de trabajo "independiente" paquete de software SPSS 22.0 para Windows</p>	<p>diferencias significativas entre TDC y CM en estos aspectos. La TDC mostró mejores resultados en la reducción de la severidad de la depresión en comparación con CM. Al inicio, la mayoría de los participantes presentaban depresión severa, y este número se redujo considerablemente al final del tratamiento. Ambos grupos mejoraron en aspectos secundarios como la severidad del TLP y problemas interpersonales, sin diferencias significativas entre ellos. Sin embargo, la TDC fue más efectiva en mejorar habilidades de mindfulness y regulación emocional. El 56% del grupo de la TDC y el 59% en el grupo CM completaron los 14 meses de tratamiento.</p>
11	<p>Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. Autores: Michel A. Reyes-Ortega, Édgar M. Miranda, Ana Fres-an, Ang-elica N. Vargas, Sandra C. Barragán, Rebeca Robles García e Iván Arango/2019</p>	<p>En el estudio participaron sesenta y cinco pacientes de una clínica especializada en TLP, se dividieron en tres grupos: 22 fueron asignados a terapia de aceptación y compromiso (ACT), 20 recibieron terapia dialéctico-conductual (TDC) y 23 recibieron una terapia combinada que incluía ACT, TDC</p>	<p>Entrevista clínica estructurada para los trastornos de la personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II) Evaluación límite de la gravedad a lo largo del tiempo (MEJOR) Escala de dificultades en la regulación de las emociones (DERS) Cuestionario de Aceptación y Acción-II (AAQ-II) Cuestionario de apego para adultos</p>	<p>Análisis de varianza (ANOVA) Análisis de varianza multivariado repetido (MANOVA) Eta cuadrado parcial (g² p) XLSTAT software -1 DAKOTA DEL SUR Paquete estadístico SPSS</p>	<p>Se encontró que no había diferencias significativas entre los tres grupos terapéuticos (TCA, TDC y ACT + TDC + FAP) en las mediciones iniciales de severidad de los síntomas de TLP, desregulación emocional, y otras variables clínicas, todos los grupos mostraron mejoras similares con el tiempo, en reducción en la severidad de los síntomas de TLP, desregulación emocional y evitación experiencial, aumento en la flexibilidad psicológica y habilidades de mindfulness. Además, la autoestima y la capacidad de resolver conflictos mejoraron en todos los grupos, donde las mejoras en los síntomas y la desregulación emocional estaban relacionadas con una disminución en la evitación experiencial. Donde al mindfulness se asoció con una disminución en la desregulación emocional en todos los</p>

		y terapia de análisis funcional (FAP).	La experiencia de la escala personal Cuestionario de atención plena de cinco facetas (FFMQ)		grupos, y en otras facetas como 'No reactividad' y 'No juzgar'.
12	Differential change of borderline personality disorder traits during dialectical behavior therapy for adolescents Arne Buerger, PhD, Gloria Fischer-Waldschmidt, MSc, Florian Hammerle, MSc, Kristin von Auer, PhD, Peter Parzer, MSc, and Michael Kaess, MD/2018	La muestra del estudio incluyó a 72 adolescentes de entre 12 y 17 años, para participar se requería que cumplieran al menos tres criterios del TLP, 13 abandonaron el tratamiento (18.1%), una tasa de abandono baja comparable con otros estudios de TDC-A, no hubo diferencias significativas entre quienes completaron el estudio y los que abandonar	Entrevista Clínica Estructurada para el DSM-IV-Axis II (SCID-II) El Life Problems Inventory (LPI) La Lista de verificación de síntomas SCL-90- Revisada (SCL-90-R) Índice de Severidad Global (GSI)	C2-pruebas Regresión logística de efectos mixto regresión de Poisson de Efectos mixtos Correlación de Pearson Corrección de Sidak Software estadístico Stata 14	Al finalizar el tratamiento, solo 18 pacientes (30.5%) seguían cumpliendo los criterios de TLP, 17 (28.8%) tenían TLP sub-sindromal, 19 (32.2%) cumplían con uno o dos criterios, y 5 (8.4%) ya no cumplían ningún criterio. Cada síntoma de TLP disminuyó significativamente, en inestabilidad afectiva, sentimientos crónicos de vacío, impulsividad en al menos dos áreas, conducta suicida y ira intensa inapropiada. La reducción fue menos notable en síntomas como evitar el abandono, relaciones interpersonales inestables e intensas, disturbio de identidad y ideación paranoide/síntomas disociativos. No hubo correlaciones significativas entre los criterios de TLP antes y después del tratamiento, durante el estudio, ocurrieron dos intentos de suicidio, pero ningún suicidio completado y la frecuencia de intentos de suicidio en los últimos seis meses disminuyó significativamente, y los síntomas de TLP auto-reportados y el malestar personal disminuyeron significativamente, con los puntajes del LPI.
13	PRO*BPD: Effectiveness of outpatient treatment programs for borderline personality disorder: A comparison of Schema therapy and dialectical behavior therapy: Study protocol for a randomized trial	Los pacientes están informados sobre ambos enfoques de tratamiento y están dispuestos a participar en una asignación aleatoria, se realiza en dos pares de con una asignación del 50 al	Cuestionario demográfico Cuestionario de trauma infantil (CTQ) SCID I y II Índice de gravedad del trastorno límite de la personalidad versión IV (BPDSIIV)	Modelo de regresión por partes Ecuación continua, (tiempo, o SQRT (tiempo), o log (tiempo)) Regresión mixta, con atención a los residuos no normales	El estudio evalúa la efectividad del tratamiento para el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) usando varias medidas clave. El resultado principal es la severidad del TLP, medida con el Índice de Severidad del Trastorno Límite de la Personalidad (BPDSI-IV), que califica los síntomas del TLP. Las medidas secundarias incluyen la evaluación del funcionamiento psicosocial con el WHODAS 2.0, la calidad de vida con los cuestionarios WHOQol y EQ-5D, y el impacto en el

	Eva Fassbinder, Nele Assmann, Anja Schaich, Kristin Heinecke, Till Wagner, Valerija Sipos, Kamila Jauch-Chara, Michael Hüppe, Arnoud Arntz and Ulrich Schweiger/2018	50% a una de las dos modalidades terapéuticas, donde se reclutó 160 pacientes, con edades comprendidas entre 18 y 65 años y diagnóstico de TLP.	<p>Calendario 2.0 de evaluación de la discapacidad de la Organización Mundial de la Salud (WHODAS 2.0)</p> <p>Cuestionario de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQol)</p> <p>EuroQol-5D (EQ-5D)</p> <p>Inventario Breve de Síntomas (BSI)</p> <p>Inventario Rápido de Sintomatología Depresiva (QIDS-SR16)</p> <p>Escala de Dificultades en la Regulación de las Emociones (DERS)</p> <p>Cuestionario de Sensibilidad al Rechazo (RSQ)</p> <p>Working Alliance Inventory (WAI)</p> <p>Lista de verificación de formas de afrontamiento de la terapia dialéctica conductual (DBT-WCCL)</p> <p>Lista de verificación de formas de afrontamiento de la terapia dialéctica conductual (DBT-WCCL)</p>		trabajo y la vida social con el WSAS. También se registran comorbilidades psiquiátricas con el SCID, y se analizan otros aspectos como la disociación (con el DSS), la psicopatología general (con el BSI y el QIDS-SR16), la regulación emocional (con el DERS), y la sensibilidad al rechazo (con el RSQ). Finalmente, se mide la calidad de la relación terapéutica con el Inventario de Alianza Terapéutica (WAI).
14	A Service Evaluation of a 1-Year Dialectical Behaviour Therapy Programme for Women	En este estudio, se evaluó mujeres con TLP. Participaron 18 mujeres admitidas	<p>Escala de agresión abierta (OEA)}</p> <p>Evaluación global del funcionamiento (GAF)</p>	PASW Statistics 18 para Windows Pruebas de Friedman	Se evidencia mejoras significativas en el comportamiento y funcionamiento de las pacientes con TPL en una unidad de seguridad baja. Se observó una reducción significativa en el autolesionamiento y la

	with Borderline Personality Disorder in a Low Secure Unit Emily Fox, Kirsten Krawczyk and Jessica Staniford, Geoffrey L. Dickens/ 2014	consecutivamente entre diciembre de 2007 y marzo de 2011, no representaban un peligro grave inmediato para el público, pero sí mostraban comportamientos desafiantes y/o autolesiones. Para ser admitidas, las mujeres debían cumplir con los criterios diagnósticos para TLP, estar libres de enfermedades mentales adicionales.	Breve escala de calificación psiquiátrica (BPRS) Evaluación de necesidades de Camberwell: versión corta forense (CANFOR-S) Escala de Resultados de Salud de la Nación para usuarios de servicios seguros y forenses (oNOSseguro) Escala de calificación de Zanarini para el trastorno límite de la personalidad (ZAN-BPD)	P'uebas de rangos con signo de Wilcoxon Corrección de Bonferroni	agresión dirigida externamente durante el año, con un tamaño del efecto moderado. Los puntajes de la Evaluación Global de Funcionamiento (GAF) y la Escala de Evaluación Psiquiátrica Breve (BPRS) mejoraron notablemente en los primeros 6 meses, con grandes tamaños del efecto. Las necesidades satisfechas aumentaron y las no satisfechas disminuyeron significativamente en el primer semestre. Las Escalas de Resultados de la Salud de la Nación (HoNOS) y para servicios seguros y forenses (HoNOS-secure) mostraron una mejora moderada durante el año, con la mayor parte del cambio ocurriendo en el segundo semestre. Finalmente, el ZAN-BPD reveló disminuciones significativas en los síntomas del TLP, con tamaños del efecto moderados en todas las subescalas.
15	Dialectical behaviour therapy for younger adults: Evaluation of 22 weeks of community delivered dialectical behaviour therapy for females 18–25 years J. L. Lyng, M. A. Swales and R. P. Hastings/2015	El estudio requería participantes con edades entre 18 y 25 años, con un diagnóstico existente de TLP, además, debían haber experimentado más de un incidente de conducta suicida y/o autolesiones no suicidas en el año previo, de los 16 participantes, 11 (69%) continuaron con el tratamiento hasta la semana 22, y 10 de completaron el año.	Lista de síntomas límite 23 (BSL23) Lista de verificación de síntomas revisada 90 (SCL-90-R) Lista de verificación de formas de afrontamiento de DBT (DBT:WCCL)	Método de rangos con signos de Wilcoxon r=0,1 tamaño del efecto pequeño r=0,3, tamaño del efecto moderado, y r= 0,5 tamaño de efecto grande.	El estudio observó reducciones en síntomas típicos del TLP como niveles globales de angustia y varios síntomas de salud mental tras recibir la TDC durante 22 semanas. Además, se reportó un aumento en el uso de habilidades entre las participantes después del mismo período. La tasa de abandono del programa fue del 31%, un resultado relativamente bajo en comparación con las tasas de abandono más altas observadas, a pesar de las mejoras en la psicopatología, algunos participantes aún mostraban síntomas persistentes a las 22 semanas, lo que sugiere que una versión acortada de TDC puede no ser suficiente para este grupo de edad. Los relatos anecdóticos durante el tratamiento posterior indicaron más avances clínicos, sugiriendo que un año completo de TDC puede ser beneficioso para jóvenes adultos, como lo es generalmente para adultos.

La TDC ha sido ampliamente estudiada como un tratamiento efectivo para el TLP, lo que ha permitido dar paso a que en múltiples estudios de como resultado una alta eficacia para reducir la gravedad de los síntomas del TLP, especialmente en áreas como los problemas interpersonales, la regulación emocional y la conducta autolesiva. Sin embargo, es importante destacar que estos beneficios no siempre se distribuyen uniformemente entre todos los síntomas o subgrupos de pacientes.

Uno de los hallazgos consistentes es la reducción significativa en la autolesión, tanto en intentos de suicidio como en autolesiones no suicidas (NSSI). Por ejemplo, Van den Bosch (2014) encontró que, aunque la reducción de tendencias suicidas y conductas parasuicidas no fue significativa en general, sí se observaron mejoras en pacientes con altos niveles iniciales de intentos de suicidio y comportamientos autodestructivos. Esto sugiere que la TDC puede ser particularmente efectiva para los pacientes con conductas suicidas más graves.

En cuanto a la duración del tratamiento, estudios como el de McMaiana et al. (2022)) compararon diferentes duraciones de TDC, encontrando que la TDC-6 no era inferior a la TDC-12 en términos de reducción de autolesiones totales. No obstante, la TDC-12 mostró una mayor efectividad en la reducción de intentos de suicidio a largo plazo. Esto plantea la cuestión de si la extensión del tratamiento puede ofrecer beneficios adicionales, especialmente en términos de prevención de suicidios. Además, estos estudios subrayan la necesidad de personalizar la duración del tratamiento según las necesidades individuales de los pacientes.

Otro aspecto relevante es la tasa de abandono del tratamiento, otro estudio realizado por McMain et al. (2016) informó que un 31% de los pacientes abandonaron la TDC de forma temprana, lo que puede deberse a diversos factores, como la intensidad del tratamiento, la falta de apoyo social o problemas de comorbilidad. A pesar de este abandono, el 71% de los participantes lograron completar el tratamiento, lo que destaca la importancia de estrategias para mejorar la adherencia y el compromiso de los pacientes.

En cuanto a comparaciones entre TDC y otros tratamientos, la TDC ofrece mayores ventajas específicas en áreas como la mejora de habilidades de mindfulness y regulación emocional, ya que se ha evidenciado diferencias significativas en síntomas graves del TLP (Michel et al., 2019). Estas habilidades son cruciales para ayudar a los pacientes a manejar la impulsividad y la reactividad emocional, dos características prominentes del TLP.

Además, la efectividad de la TDC parece variar según el contexto del tratamiento (hospitalización vs. ambulatorio), según Lillian et al. (2021) se observaron que los pacientes hospitalizados mostraron mayores mejorías en síntomas de TLP y funcionamiento social en comparación con los pacientes ambulatorios. Esto podría deberse a la intensidad del tratamiento en un entorno controlado y la mayor disponibilidad de recursos y apoyo. Sin embargo, también plantea la necesidad de estrategias de transición cuidadosa para mantener los beneficios del tratamiento una vez que los pacientes regresan a un entorno menos estructurado.

La variabilidad en los resultados entre estudios también puede reflejar diferencias en la muestra de pacientes, como la presencia de comorbilidades, la gravedad de los síntomas iniciales y los antecedentes de trauma. Los estudios sugieren que la TDC es especialmente

efectiva para pacientes con problemas psicosociales graves y antecedentes de trauma emocional infantil, quienes suelen tener un ajuste social bajo y pueden beneficiarse de la estructura y las habilidades enseñadas en la TDC.

Tabla 6*Eficacia del STEPPS utilizada en pacientes diagnosticados con trastorno límite de personalidad*

No.	Título/Autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Systems training for emotional predictability and problem solving in older adults with personality disorders: a pilot study/ Ekiz Erol, Videler Arjan, Ouwens Machteld y van Alphen Sebastian/ 2022	Se reclutaron 72 pacientes de tres unidades especializadas en trastornos de la personalidad en España. El estudio utilizó un muestreo no aleatorio, específicamente un ensayo clínico no aleatorio en múltiples sitios en un entorno naturalístico. Los participantes fueron reclutados de manera consecutiva hasta completar los grupos de tratamiento (primero DBT=45 y luego STEPPS=27).	Borderline Symptom List 23 (BSL-23) Beck Depression Inventory-II (BDI-II) Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) Dissociative Experiences Scale-II (DES-II) Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS) Suicide Risk Scale (SRS) State-Trait Anger Expression Inventory—II (STAXI-II) Quality of Life Index (QoL) Difficulties in Emotional Regulation Scale (DERS) Resilience Scale-15 (RS-15) Reasons for Living (RFL) Global Assessment of Functioning (GAF) Severity of Participants Index	Prueba de T Student Prueba U de Mann-Whitney Análisis de Varianza (ANOVA) y Análisis multivariante de la varianza (MANOVA)	STEPPS mostró mejoras estadísticamente significativas en la regulación emocional (medida por la Escala de Dificultades en la Regulación Emocional - DERS) y en la disociación (medida por la Escala de Experiencias Disociativas - DES-II) de antes a después del tratamiento. Sin embargo, no hubo diferencias significativas. STEPPS es efectivo para mejorar una variedad de síntomas asociados con el TLP, aunque no mostró una ventaja clara sobre DBT en términos de reducción de síntomas específicos del TLP. Mostró una mejora estadísticamente significativa menor en comparación con TDC en síntomas conductuales del TLP. Hubo mejoras significativas en la regulación emocional, disociación, ansiedad, riesgo suicida, y rasgos de ira, sin embargo, fue menos efectivo en variables como regulación emocional y calidad de vida, posiblemente afectado por la mayor severidad inicial de los pacientes en este grupo.
2	Steps for borderline personality disorder: A pragmatic trial and naturalistic comparison with noncompleters/ González-González Sara, Marañón-González Rosa, Hoyuela-Zatón	190 sujetos en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla en Santander, España, fueron referidos al programa. La muestra final consistió en 118	Borderline Evaluation of Severity over Time scale (BEST) Entrevistas de evaluación y seguimiento Registros de servicios de salud	IBM SPSS Statistics for Windows, version 24. Chi-cuadrado T de student Correlación de Pearson (paramétrica) Correlación de Chi cuadrado de Pearson (no paramétrica)	Reducción significativa en los puntajes totales del Borderline Evaluation of Severity over Time scale (BEST) y en sus subescalas (Pensamientos y Sentimientos, Conductas Negativas, y Conductas Positivas) desde el pretest hasta el posttest. En el posttest, hubo menos visitas a servicios de emergencia (14.3%) y ninguna hospitalización debido a síntomas del TLP.

	Fernando, Gómez-Carazo, Nerea, Hernández-Abellán Aida, Pérez-Poo Teresa, Umaran-Alf Olga, Cordero-Andrés Patricia, López-Sánchez Victoria, Black Donald, Blum Nancee, Artal-Simón Jesús y Ayesa-Arriola Rosa/2021	pacientes ambulatorios. 98 pacientes en el grupo experimental (EG), participaron activamente en el programa, y 20 pacientes en el grupo control (CG), no se unieron al programa, El muestreo utilizado fue no probabilístico, por conveniencia			Durante el seguimiento, dos años después del posttest, se mostró una menor necesidad de intervención continua en comparación con aquellos que solo recibieron tratamiento habitual.
3	Emotional regulation for adolescents: A group-based treatment pilot study through the STEPPS programme/ Llorens Ivan, Lopez Fernando, Masana Adela, San Martín Esmeralda, Martínez Dina, Martín Sonsoles, Vilella Elisabet y Gutierrez-Zotes Alfonso/ 2020	Adolescentes con rasgos de TLP que reciben tratamiento en los Centros de Salud Mental Infantil y Adolescente del Institut Pere Mata en Reus y Tarragona, España. El muestreo fue incidental, basado en el orden de llegada de los pacientes al centro. La muestra del estudio consistió en 21 adolescentes, pero 11 sujetos cumplían con los criterios diagnósticos de TLP.	Diagnostic Interview for Borderline Disorder-Revised (DIB-R) Personality Inventory for Adolescents (PAI-A) Barratt Impulsivity Scale (BIS-11) Global Clinical Impression Scale of Severity Illness (CGI-SI) Global Clinical Impression Scale of Global Improvement (CGI-GI) Borderline Estimate Severity over Time (BEST)	Prueba de chi-cuadrado (χ^2) Prueba de Wilcoxon Prueba de Friedman Eta cuadrado (η^2)	Se identificó una mejora significativa en el área afectiva en la entrevista diagnóstica DIB-R, esto es relevante dado que estos síntomas son parte central de la inestabilidad emocional. Al inicio del tratamiento, el 52.4% de los adolescentes superaban el punto de corte diagnóstico del DIB-R. Al final del tratamiento, solo el 28.6% superaba dicho punto de corte, aunque esta reducción no fue estadísticamente significativa. Tomando como referencia la tasa de abandono, se encontró que es relativamente baja (16%), por lo que esta terapia puede favorecer la adherencia al tratamiento por tratarse de un tratamiento de corta duración, bien estructurado, con una periodicidad fija y con materiales adaptados a su edad, lo que también ha permitido mejoras significativas en el estado de ánimo. Casi la mitad (47,6%) de la muestra obtiene puntuaciones por debajo del límite clínico. Sugiere que la intervención puede ser particularmente efectiva en esta etapa más temprana y menos establecida del trastorno.

4	Evaluating the outcomes of the STEPPS programme in a UK community-based population; implications for the multidisciplinary treatment of borderline personality disorder/ Hill N, Geoghegan M y Shawe-Taylor M/ 2016	Individuos diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (BPD) en la localidad Este de la Surrey and Borders Partnership NHS Foundation Trust en el Reino Unido. 45 pacientes que fueron ofrecidos un lugar en uno de los cuatro grupos de STEPPS durante el período del estudio. De estos, 30 pacientes completaron exitosamente el programa. Se usó un muestreo no probabilístico, por conveniencia	Zanarini-BPD Quality of Life Scale Filter Questionnaire	Prueba de Shapiro-Wilk Pruebas t de muestras relacionadas	Se observaron reducciones significativas en todas las subescalas del Zanarini-BPD (Disturbios Cognitivos, Disturbios Afectivos, Disturbios de Impulsividad y Relaciones Perturbadas), excepto en la subescala de Impulsividad, donde se observó un efecto de tamaño mediano. Se encontró un aumento significativo en los puntajes totales de la Escala de Calidad de Vida de Tiempo 0 a Tiempo 1, lo que indica una mejora en la satisfacción general con la vida de los pacientes. Se encontró una reducción significativa en el uso de esquemas maladaptativos, lo que sugiere una disminución en la activación y mantenimiento de estos esquemas disfuncionales en el funcionamiento diario de los pacientes.
5	Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS): Program efficacy and personality features as predictors of drop-out — an Italian study/ Alesiani Roberta, Bocalon Silvia, Giarolli Laura, Blum Nancee y Fossati Andrea/ 2014	32 sujetos reclutados de pacientes hospitalizados en el Centro de Trastornos del Estado de Ánimo, Departamento de Neurociencias Clínicas, Hospital San Raffaele-Turro, Milán. El tipo de muestreo utilizado es no probabilístico por conveniencia.	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders, Version 2.0 (SCID-II) Temperament and Character Inventory-Revised (TCI-R) Barratt Impulsiveness Scale-11 (BIS-11) Aggression Questionnaire (AQ) Attachment Style Questionnaire (ASQ)	Coeficiente de correlación de Spearman (ρ) Prueba U de Mann-Whitney ANOVA de Friedman	Los pacientes que completaron el programa mostraron una reducción significativa en el número de hospitalizaciones relacionadas con actos de autolesión, tanto al final del tratamiento como en el seguimiento a los 12 meses. Hubo una disminución significativa en el número de intentos de suicidio durante y después del programa STEPPS, hasta el seguimiento a los 12 meses ($\chi^2 = 16.071$; $p = .001$). El promedio de intentos de suicidio cambió de 3.22 a 0. Se observó una disminución significativa en los puntajes de la Escala de Continuo de Intensidad

			Narcissistic Personality Inventory-40 (NPI-40) Hyper-Sensitive Narcissism Scale (HSNS) Emotional Intensity Continuum (EIC) Filters Questionnaire			Emocional (EIC) durante el tratamiento ($\chi^2 = 73.96$; $p = .000$). A partir de la semana 12, los puntajes comenzaron a disminuir de manera significativa. Los cambios en los aspectos cognitivos inmediatos no se mantuvieron a largo plazo después de finalizado el programa.
6	Systems training for emotional predictability and problem solving in older adults with personality disorders: a pilot study/ Ekiz Erol, Videler Arjan, Ouwens Machteld, van Alphen Sebastiaan/ 2022	Adultos mayores con síntomas de trastorno límite de la personalidad, utilizando un muestreo por conveniencia. Los participantes fueron seleccionados entre los pacientes del programa STEPPS en un centro clínico, cumpliendo con los criterios de inclusión y exclusión preestablecidos. En total, 24 pacientes completaron el tratamiento y fueron incluidos en el estudio, de los cuales 16 eran mujeres con edades entre 56 y 72 años.	Borderline Evaluation of Symptom Questionnaire-48 (SQ-48) Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP-SF)	Prueba de Kolmogorov-Smirnov Prueba de rangos con signo de Wilcoxon Para las pruebas t, se usaron los criterios de la d de Cohen: .2 para un tamaño de efecto pequeño, .5 para mediano y .8 para grande. Para las pruebas de Wilcoxon, se usaron los criterios de r: .1 para un tamaño de efecto pequeño, .3 para mediano y .5 para grande.		Los resultados indican que los 11 participantes con TLP mostraron una disminución significativa en los síntomas del TLP (evaluados con BEST) y mejoraron significativamente en la capacidad de controlar emociones e impulsos (evaluados con SIPP-SF Self-Control) y en la integración de la identidad (evaluados con SIPP-SF Identity Integration). No se encontraron diferencias significativas en otras medidas secundarias como el funcionamiento relacional, la responsabilidad y la concordancia social.

Acorde a los artículos revisados, STEPPS es un tipo de tratamiento para el TLP que ha demostrado efectividad en aspectos como la regulación emocional y disociación, así como un mejor manejo de conductas impulsivas, riesgo suicida y rasgos de ira, aunque todos los estudios informan una disminución en algunos síntomas del TLP, la efectividad demostrada varía. Esto va acorde a lo que declara la teoría respecto a las terapias estructuradas y basadas en habilidades como STEPPS, pues se asegura que logran mejorar la capacidad de los pacientes para manejar sus emociones y comportamientos disfuncionales (Kells et al., 2020).

Los estudios también coinciden en que se ha demostrado una mejor calidad de vida (Hill et al., 2016) y una evidente reducción en la necesidad de hospitalizaciones y visitas a servicios de emergencia (Alesiani et al., 2014), en concordancia con los resultados de Martín et al., (2019) por lo que se puede considerar un indicativo de una disminución en la gravedad de los síntomas del TLP. Sin embargo, se resalta una diferencia importante entre la efectividad de STEPPS a largo plazo y en la reducción de ciertos síntomas específicos. Por ejemplo, se presentó un estudio realizado en Italia, donde se reportó que los cambios cognitivos inmediatos no se mantuvieron a largo plazo, mientras que otros estudios demostraron beneficios sostenidos. Durante el seguimiento realizado dos años después del posttest, se halló una menor necesidad de intervención continua en comparación con aquellos que solo recibieron tratamiento habitual.

Cabe resaltar que hay que tomar en cuenta la efectividad de la terapia demostrada de acuerdo a la edad de los pacientes, pues se evidenció que en adolescentes, STEPPS mostró una mejoría significativa en el área afectiva y una baja tasa de abandono, lo que sugiere que esta terapia puede favorecer la adherencia al tratamiento por ser de corta duración, bien estructurado, con periodicidad fija y material adaptado a la edad de los pacientes, adicionalmente se reconoce la necesidad de que esta intervención sea promovida especialmente en edades tempranas del TLP, donde el trastorno aún no esté completamente establecido.

En contraste, en adultos, la efectividad en la regulación emocional y calidad de vida puede ser menos significativa debido al posible rango mayor de severidad. Esto está respaldado por investigaciones que sugieren intervenciones tempranas pueden ser más efectivas en trastornos de personalidad debido a la mayor plasticidad emocional y cognitiva en adolescentes (Chanen et al., 2022).

Los hallazgos de los estudios sobre STEPPS son coherentes con los resultados de otras revisiones sistemáticas recientes. Es así como Ekiz et al. (2022) destacaron que las terapias centradas en la regulación emocional y la reducción de la impulsividad son efectivas para disminuir la severidad de los síntomas del TLP. Estos hallazgos refuerzan la evidencia de que programas como STEPPS, que se enfocan en la predictibilidad emocional y la resolución de problemas, pueden ser efectivos para manejar el TLP, alineándose con la teoría de que las intervenciones terapéuticas estructuradas son esenciales para mejorar el bienestar emocional y funcional de los pacientes.

La aplicabilidad del programa en diferentes contextos culturales y clínicos como en España, Reino Unido e Italia, sugiere que STEPPS tiene un potencial para ser promovido en diversos entornos. Sin embargo, la efectividad puede variar dependiendo del contexto y las características específicas de cada población.

Como parte de las limitaciones encontradas dentro de la presente revisión bibliográfica se reconoce que algunos estudios reportan que no existió un mantenimiento a largo plazo, lo que resalta la necesidad de intervenciones complementarias para garantizar la durabilidad de los efectos y su mantenimiento. Adicionalmente se ha observado que la mayoría de los estudios incluidos utilizaron un muestreo no aleatorio, lo que puede significar sesgos en la selección de participantes y limitar la generalización de los resultados. Asimismo, en cuanto al diseño, la reducida cantidad de participantes, el seguimiento limitado y la falta de grupos de comparación adecuados puede afectar a la validez interna y externa de los hallazgos.

Tabla 7

Eficacia de la terapia basada en la mentalización implementada en el tratamiento de pacientes con trastorno límite de personalidad

No.	Título/Autores/año	Población o muestra	Instrumentos de evaluación	Proceso estadístico	Resultados principales
1	Day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment: 3-year follow-up of patients treated for borderline personality disorder in a multicentre randomized clinical trial/ Smits Maaïke, Feenstra Dine, Bales Dawn, Blankers Matthijs, Dekker Jack, Lucas Zwaan, Busschbach Jan, Verheul Roel y Luyten Patrick/ 2020	Muestreo aleatorio. Los pacientes (un total de 114) fueron asignados aleatoriamente a dos grupos de tratamiento: Terapia Basada en la Mentalización Hospital de día (TBM-DH) (n=70) y Terapia de Mentalización Tratamiento intensivo ambulatorio (TBM-IOP) (n=44).	Global Severity Index del Brief Symptom Inventory (BSI). Personality Assessment Inventory-Borderline (PAI-BOR). Severity Indices of Personality Problems-Short Form (SIPP). Inventory of Interpersonal Problems (IIP). EQ-5D-3L. Suicide and Self-Harm Inventory (SSHI).	Pruebas de Chi-cuadrado (χ^2) de dos colas y pruebas t de muestras independientes. Prueba U de Mann-Whitney. Modelos de regresión multivariable (multilevel modelling). Transformación logarítmica (test SSHI). Análisis de efectos de tamaño (Cohen's d). Análisis de cambio confiable. Análisis de sensibilidad y manejo de datos faltantes.	El estudio encontró que tanto la Terapia de Mentalización en hospital de día intensivo (TBM-DH) como en modalidad ambulatoria intensiva (TBM-IOP) son efectivas para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). Ambos grupos mostraron mejoras significativas en la severidad de los síntomas del TLP durante un seguimiento de 36 meses, con tamaños de efecto grandes. No se encontraron diferencias significativas entre TBM-DH y TBM-IOP en la mejora de la sintomatología del TLP a largo plazo. Aunque hubo algunas diferencias en resultados secundarios como la calidad de vida, estas no fueron estadísticamente significativas. Los pacientes en TBM-DH mostraron una mejora más rápida durante el tratamiento intensivo, mientras que los de TBM-IOP tuvieron ganancias adicionales durante el seguimiento.
2	Short-Term versus Long-Term Mentalization-Based Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial (MBT-RCT)/ Juul Sophie, Jakobsen Janus, Hestbaek Emilie, Kamp Caroline, Harboe Markus, Rishede Marie, Weischer Frederik, Bo Sune, Lunn Susanne, Poulsen Stig,	Población: Adultos mayores de 18 años con diagnóstico subumbral o diagnosticados con Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) de la Clínica Ambulatoria para Trastornos de la Personalidad en el Centro de Psicoterapia Stolpegaard, Servicios de Salud Mental de la	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality Disorders (SCID-5-PD). Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD). Work and Social Adjustment Scale (WSAS). Short-Form Health Survey (SF-36) mental component.	Análisis de regresión lineal y logística. Comparaciones de medias y proporciones. Desviación Estándar Análisis de intención de tratar (intention-to-treat analysis).	Ambos grupos de tratamiento, tanto el grupo de TBM a corto plazo (20 semanas) como el grupo de TBM a largo plazo (14 meses), mostraron una reducción significativa en la sintomatología del TLP como la disfunción afectiva, la regulación emocional deficiente y la impulsividad. Ambos grupos experimentaron una disminución en la incidencia de autolesiones severas. De igual manera, tanto la TBM a corto plazo como la TBM a largo plazo demostraron mejorar el funcionamiento global de los participantes, así como la calidad de vida.

	Sørensen Per, Bateman Anthony y Simonsen Sebastian/ 2023	Región Capital de Dinamarca. Muestra: Se incluyeron 166 participantes asignados aleatoriamente en una proporción 1:1 a dos grupos de tratamiento: TBM a corto plazo y TBM a largo plazo.	Global Assessment of Functioning scale (GAF).		Se encontró un nivel adecuado de adherencia y competencia en la implementación de la TBM. No se reportaron eventos adversos serios relacionados con la TBM en ninguno de los grupos.
3	A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared With Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service/ Carlyle Dave, Green Robert, Inder Maree, Porter Richard, Crowe Marie, Mulder Roger, Frampton Chris/ 2020	72 pacientes para el estudio, divididos en dos grupos: 36 en el grupo de terapia basada en la TBM y 36 en el grupo de manejo clínico estructurado mejorado. Se utilizó un diseño de ensayo clínico aleatorizado, los pacientes fueron asignados aleatoriamente a uno de los dos grupos de tratamiento utilizando una secuencia generada por computadora en bloques permutados de cuatro.	Pruebas de Descriptivos como frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar. Chi cuadrado. Aproximación de Poisson.	Prueba t de Student. Análisis de regresión de Poisson. Análisis de Covarianza (ANCOVA). Análisis de Varianza (ANOVA). Análisis de Imputación Múltiple. Análisis de Sensibilidad.	La Terapia Basada en la Mentalización demostró una efectividad notable en la reducción de la tasa de autolesiones no suicidas por paciente y por mes, sin embargo, se registró una mayor frecuencia de intentos de suicidio en el contexto de la TBM.
4	Symptom, alexithymia and self-image	Pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad que participaron en el	Karolinska Borderline and Symptoms Scales (KABOSS-S)	Análisis de Modelo Lineal Mixto (LMM) Pruebas de comparación múltiple (Bonferroni)	Al aplicar la TBM se observaron mejoras significativas en los síntomas límite, así como en los síntomas psiquiátricos generales a lo largo del tratamiento.

	outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: a naturalistic study/ Löf J, Clinton D, Kaldo K, Rydén G/ 2018	programa ambulatorio de MBT en el Hospital Universitario de Huddinge y otros servicios psiquiátricos dentro del área metropolitana de Estocolmo. Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron todos los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión durante el período de reclutamiento establecido.	Suicidality Assessment Scale, Self-Report (SUAS-S) Symptom Checklist-90 Revised (SCL-90-R) Deliberate Self-Harm Inventory-9 (DSHI-9) Toronto Alexithymia Scale-20 (TAS-20) Structural Analysis of Social Behavior (SASB) Relationship Questionnaire (RQ) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II (SCID-II) MINI-International Neuropsychiatric Interview (MINI) Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder (ZAN-BPD) Demographic Questionnaire	Análisis de Covarianza (ANCOVA) Pruebas t de significancia Modelo de regresión Análisis de correlación Análisis de efectos moderadores Análisis de tamaños de efecto (Cohen's d)	Hubo una disminución notable en las tendencias suicidas y en la autolesión. Los pacientes reportaron una mejor capacidad para identificar y describir sus propios sentimientos (alexitimia) y una mejora en la autoimagen a lo largo del tratamiento. Estos cambios fueron consistentes y significativos. La gravedad inicial de los síntomas no pareció influir en la eficacia del tratamiento, ya que tanto los pacientes con síntomas más graves como menos graves experimentaron mejoras similares
5	Mentalization-Based Treatment for Concurrent Borderline Personality Disorder and Substance Use Disorder: A Randomized Controlled Feasibility Study/ Philips Björn, Wennberg Peter, Konradsson Per y Franck Johan/ 2018	46 pacientes de los que 24 fueron asignados al grupo de TBM más tratamiento estándar para Dependencia de sustancias, y 22 al grupo de tratamiento estándar para Dependencia de sustancias solo. El estudio fue diseñado como un ensayo clínico	Structured Clinical Interview for DSM-IV Disorders (SCID-I y II) Wechsler Adult Intelligence Scale – 3rd edition (subescalas Vocabulary y Block Design) Autistic-Spectrum Quotient (AQ) Psychopathy Checklist: Screening Version BPD Severity Index-IV (BPDSI-IV)	Prueba de Mann-Whitney U Análisis de varianza (ANOVA) D de Cohen	El grupo que recibió MBT no presentó ningún intento de suicidio durante el estudio. En términos de otras medidas de resultado como la severidad del BPD, el consumo de sustancias, síntomas psiquiátricos, y problemas interpersonales, no hubo un efecto diferencial claro a favor de TBM.

		aleatorizado con dos brazos paralelos.	Timeline Follow Back (TLFB) Deliberate Self-Harm Inventory (DSHI-9) Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) Inventory of Interpersonal Problems (IIP) Reflective Functioning Scale		
6	Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder– the impact of clinical severity/ Hartveit Elfrida, Pedersen Geir, Folmo Espen, Øyvind Urnes, Selsbakk Merete, Hummelen Benjamin, Wilberg Theresa y Karterud Sigmund/ 2019	De 907 pacientes con diversos trastornos de personalidad se seleccionaron aquellos con TLP, resultando en una muestra final de 345. Dentro de esta muestra, 281 pacientes recibieron tratamiento psicodinámico tradicional y 64 pacientes recibieron tratamiento basado en mentalización. No se especifica el método de muestreo utilizado.	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II) Global Assessment of Functioning (GAF) Circumplex of Interpersonal Problems (CIP) Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) Mentalization-Based Treatment Adherence and Competence Scale	Chi-cuadrado Modelos Lineales Mixtos (Mixed Models) Análisis de Varianza (ANOVA) Estadísticos de Ajuste de Modelo: Criterio de Información de Akaike (AIC) Pruebas de Interacción Transformación de variables continuas en variables dicotómicas Correlaciones	La TBM proporcionó beneficios significativamente mayores. La severidad del trastorno tuvo poco impacto en la mejora clínica para los pacientes en TBM. Además, la TBM mostró especial efectividad en pacientes con criterios adicionales de trastornos de personalidad y síntomas comórbidos. Se sugirió que MBT podría ser más rentable a largo plazo debido a la reducción en el uso de servicios de emergencia y hospitalizaciones.
7	Changes in Neurocognitive Functioning After 6 Months of Mentalization-Based Treatment for Borderline Personality Disorder/ Thomsen Marianne, Ruocco	18 pacientes con TLP y 28 personas de un grupo control no psiquiátrico. Diseño de muestra intencional (no probabilístico), reclutando pacientes de una clínica especializada de	Wechsler Adult Intelligence Scale–Fourth Edition (WAIS-IV) Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) Hopkins Verbal Learning Test-Revised (HVLTR)	Desviaciones estándar (DE) d de Cohen Pruebas t de muestras independientes ANOVA de medidas repetidas (Time × Group) Pruebas t de muestras independientes (post-hoc) Prueba U de Mann-Whitney	Los pacientes con TLP mostraron mejoras significativas en las alteraciones relacionales (ZAN-BPD) y en la gravedad de la depresión (HAM-D) después de 6 meses de MBT. Se observaron mejoras pequeñas en afecto, cognición e impulsividad, pero estas no fueron estadísticamente significativas.

	Anthony, Amanda, Birgit y Simonsen Erik/ 2016	Uliaszek Mathiesen Erik/	Roskilde y controles de la comunidad general a través de un sitio web.	Entrevista Internacional Neuropsiquiátrica Mini (MINI) Entrevista Clínica Estructurada para Trastornos de la Personalidad del Eje II del DSM-IV (SCID-II)	Correlaciones de Spearman	Las puntuaciones de Evaluación Global del Funcionamiento (GAF) no mostraron cambios significativos.
8	Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder - Does it make a difference? / Hartveit Elfrida, Pedersen Geir, Urnes Øyvind, Hummelen Benjamin, Wilberg Theresa y Karterud Sigmund/ 2014		En el Departamento de Psiquiatría de Personalidad durante el periodo de 1993-2013, hubo 907 paciente y de estos, se seleccionaron aquellos con TLP para el estudio 345 pacientes con TLP, divididos entre el grupo de psicodinámica (n=281) y el grupo de TBM (n=64). Muestreo no aleatorio o muestreo de conveniencia.	Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Structured Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II) Mentalization-Based Treatment Adherence and Competence Scale (MBT-ACS) Brief Symptom Inventory 18 (BSI-18) Circumplex of Interpersonal Problems (CIP) Global Assessment of Functioning (GAF) Sociodemographic Questionnaire	Pruebas de modelos mixtos (Mixed Models) Chi-cuadrado D de Cohen Prueba de Signos de Wilcoxon relacionados Correlaciones (r de Pearson)	Los pacientes en el grupo de TBM mostraron tasas significativamente más bajas de abandono temprano. Los pacientes en TBM experimentaron una reducción significativamente mayor en la angustia por síntomas. Hubo una disminución significativa en la gravedad de problemas interpersonales en el grupo de TBM. Los pacientes en MBT mostraron mejoras significativas en el funcionamiento global según la escala GAF. Las frecuencias de autolesión e intentos de suicidio disminuyeron con reducciones significativas en TBM. Hubo mejoras significativas en el funcionamiento ocupacional y en las relaciones interpersonales para los pacientes en TBM.
9	Effectiveness of Day Hospital Mentalization-Based Treatment for Patients with Severe Borderline Personality Disorder: A Matched Control Study/ Bales Dawn, Timman Reinier, Andrea Helene,		TBM: 41 pacientes referidos al tratamiento hospitalario de día MBT entre agosto de 2004 y enero de 2008. Tratamientos psicoterapéuticos variados: 175 pacientes del estudio SCEPTRE	Brief Symptom Inventory (BSI) Severity Indices of Personality Problems (SIPP-118) Structural Clinical Interview for DSM Disorders (SCID-II) Structured Interview for DSM-IV Personality (SIDP-IV)	Prueba exacta de Fisher Pruebas t de Student Modelos Multinivel (Mixed Models) Correlaciones de Pearson Cálculo de tamaños de efecto Cohen's d Análisis de Propensión (Propensity Score Matching)	La TBM mostró reducciones significativas en la gravedad de los síntomas psiquiátricos. Se observaron mejoras significativas en todos los dominios del funcionamiento de la personalidad (tamaños de efecto grandes), indicando un mayor autocontrol, integración de la identidad, responsabilidad, capacidades relacionales y concordancia social.

	Busschbach Jan, Verheul Roel, Kamphuis Jan/ 2014	con diagnóstico de BPD, seleccionados entre julio de 2003 y abril de 2006. Muestreo no aleatorio	Wechsler Adult Intelligence Scale		
10	Eighteen months post-treatment naturalistic follow-up study of mentalization-based therapy and supportive group treatment of borderline personality disorder: Clinical outcomes and functioning/ sui Carsten, Bøye Rikke, Andersen Diane, Døssing Blaabjerg, Freund Anne, Jordet Henning y Kjølbye Morten/ 2014	111 pacientes iniciales con TLP según SCID-II. 63 pacientes que completaron los 2 años de tratamiento asignado y estuvieron disponibles para el seguimiento a 1,5 años. Seguimiento naturalista de los pacientes que completaron el tratamiento asignado en el estudio original. Muestreo por seguimiento naturalista de los pacientes que completaron el tratamiento asignado en el estudio original.	SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Disorders) SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised) BDI-II (Beck Depression Inventory-II) STAI (State-Trait Anxiety Inventory) BAI (Beck Anxiety Inventory) SAS-SR (Social Adjustment Scale - Self-Report) IIP (Inventory of Interpersonal Problems) GAF (Global Assessment of Functioning)	Pruebas T y Prueba Exacta de Fisher Pruebas de Chi-cuadrado Análisis de Regresión Lineal Cálculo del Tamaño del Efecto (d de Cohen) Modelo Lineal General (GLM) Prueba Chi-cuadrado de Wald Prueba de Kolmogorov-Smirnov Corrección de Bonferroni Prueba Exacta de Fisher para Análisis Comparativo Alfa de Cronbach Evaluación Sistemática de Adherencia	La TBM ofrece potencialmente ligeras ventajas en algunas áreas, como la remisión funcional. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas en la mayoría de las medidas en el seguimiento de 1,5 años. La terapia basada en la mentalización demostró ser efectiva en la mejora de los síntomas y el funcionamiento en pacientes con trastorno límite de la personalidad a largo plazo (hasta 1.5 años después del tratamiento).
11	Dialectical behavior therapy v. mentalization-based therapy for borderline personality disorder/ Barnicot Kirsten y Crawford Mike/ 2019	90 pacientes reclutados de seis servicios de trastornos de la personalidad en el Reino Unido, entre marzo de 2014 y septiembre de 2016, fueron asignados a	SCID-II (Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II) Traumatic Antecedents Questionnaire SCID-I (Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I)	Alfa de Cronbach Análisis de regresión lineal Regresión logística Regresión binomial negativa Modelos multinivel Cálculo de errores estándar robustos:	La tasa de finalización del tratamiento fue significativamente mayor en los participantes de TBM (72%). Sin embargo, esta diferencia no fue significativa. Los participantes que recibieron TBM experimentaron una mejora significativa en la regulación emocional y una disminución en los incidentes de autolesión. Este efecto se mantuvo incluso después de ajustar por diferencias en la deserción del tratamiento y otras

		recibir TDC o TBM basado en la disponibilidad del servicio local según la ubicación geográfica de los pacientes. No hubo asignación aleatoria, por lo tanto, se trata de una muestra no aleatoria cuasi-experimental.	MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) Borderline Evaluation of Severity over Time (BEST) Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) Dissociative Experiences Scale (DES) Alterations in Relationships subscale of the Structured Interview for Disorders of Extreme Stress - Self-Report (SIDES-SR) Suicide Attempt Self Injury Interview (SASII) Recall of A&E and Psychiatric Hospital Admissions		características basales como la edad, género, historial de autolesiones y hospitalizaciones psiquiátricas.
12	Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: randomized controlled trial/ Laurensen Elisabeth, Luyten Patrick, Kikkert Martijn y Westra Dieuwertje/ 2018	95 pacientes reclutados de dos centros de salud mental en Ámsterdam, Países Bajos. Fueron asignados aleatoriamente a uno de dos grupos de tratamiento: Terapia basada en la mentalización-hospital del día (TBM-DH) o Tratamiento habitual especializado (S-TAU). El tamaño de muestra por grupo fue determinado mediante	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II Personality Disorders (SCID-II) Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I) Borderline Personality Disorder Severity Index (BPDSI) Suicide and Self-Harm Inventory (SSHI) Global Severity Index (GSI) Beck Depression Inventory (BDI-I)	Análisis de regresión mixta (XTMIXED) Análisis de varianza (Wald χ^2 statistic) Pruebas de efectos lineales y no lineales del tiempo Cálculo de tamaños de efecto (d de Cohen) Pruebas de diferencias entre grupos en múltiples puntos de tiempo Análisis univariado para diferencias basales Imputación múltiple (Amelia-2)	La TBM-DH mostró una reducción lineal constante desde el inicio hasta el seguimiento de 18 meses. Se mostraron reducciones significativas en la severidad del TLP medida por el BPDSI (índice de severidad del trastorno límite de la personalidad). De igual forma, mejoras significativas en medidas secundarias como síntomas de depresión (medido por BDI), severidad global de síntomas (GSI), calidad de vida relacionada con la salud (EQ-5D), características del TLP (PAI-BOR), e problemas interpersonales (IIP-64) al seguimiento de 18 meses.

un análisis de poder, con 54 pacientes asignados a MBT-DH y 41 a S-TAU. Se utilizó un muestreo aleatorizado en bloques teniendo en cuenta la disponibilidad de programas de tratamiento. La aleatorización fue realizada por un investigador independiente, utilizando un algoritmo informático.

Inventory of Interpersonal Problems (IIP-64)
Personality Assessment Inventory-Borderline (PAI-BOR)
EuroQol EQ-5D-3L

En términos teóricos la TBM se basa en el desarrollo de la capacidad de mentalización, es decir la habilidad de comprender las propias acciones y las de los demás. Esta capacidad es muy importante dentro del TLP, pues la dificultad para mentalizar está en el centro de muchos de los problemas interpersonales y emocionales que caracterizan al trastorno (Fonagy et al., 2015).

Dentro de la revisión realizada se ha encontrado que todos coinciden en su efectividad tanto en modalidades de tratamiento intensivo como ambulatorio. pues los pacientes mostraron mejoras significativas en la severidad de los síntomas del TLP, específicamente en la disfunción afectiva, desregulación emocional e impulsividad, así como en la disminución de la incidencia de autolesiones severas (Bateman y Fonagy, 2016; Cristea et al., 2017).

En las diferentes modalidades de la TBM se identificó una discrepancia en la rapidez del efecto de la terapia, pues los pacientes que asistieron a la TBM de hospital del día mostraron una mejora más rápida durante el tratamiento intensivo, y por otro lado los pertenecientes a la TBM en ambulatoria intensiva experimentaron ganancias adicionales durante el seguimiento.

A pesar de esto tanto, la TBM a corto plazo como a largo plazo mostraron una reducción significativa en la sintomatología del TLP, lo que indica que la duración del tratamiento no afecta de manera decisiva la efectividad en términos de resultados a largo plazo (Smits et al., 2020). En el mismo sentido, la TBM también demostró un efecto positivo en el funcionamiento global de los pacientes, especialmente en la calidad de vida y la autoimagen, así como en el funcionamiento ocupacional y las relaciones personales.

Asimismo, en general los estudios reportaron un nivel adecuado de adherencia y competencia en la implementación de la TBM, y aunque no se reportaron eventos adversos serios, sí hay que mencionar que un estudio reportó una mayor frecuencia de intentos de suicidio en el contexto de la TBM, mientras que otros no encontraron intentos de suicidio en los grupos que recibieron TBM (Hartveit et al., 2014).

Adicionalmente, se señaló que la gravedad inicial de los síntomas no pareció influir en la eficacia del tratamiento, ya que tanto los pacientes con síntomas más graves como menos graves experimentaron mejoras similares, lo cual sugiere que la TBM es igualmente efectiva independientemente de la severidad inicial del TLP (Löf et al., 2018).

Respecto a estos hallazgos, Stoffers-Winterling et al. (2022) en su estudio de revisión sistemática concuerdan que la TBM reduce significativamente los síntomas del TLP, mejora el funcionamiento interpersonal y disminuye la tasa de autolesiones y suicidios. No obstante, también menciona que se necesitan más estudios de alta calidad para evaluar completamente su efectividad y compararla con otras formas de terapia. Este consenso teórico resalta la capacidad de la TBM para mejorar la regulación emocional y reducir los comportamientos autolesivos, lo que coincide con Vogt y Norman (2018), quienes también reconocen que la TBM puede lograr reducciones significativas en la severidad de los síntomas del TLP y de los trastornos comórbidos, así como mejorar la calidad de vida. Sin embargo, se requiere precaución, ya que es necesario realizar investigaciones de mayor calidad, como ensayos controlados aleatorios. También se necesita investigación sobre los mediadores propuestos de la TBM.

Cabe destacar que en todos los estudios revisados había una mayor proporción de mujeres que de hombres, y a pesar de que esto concuerda con lo señalado por Gabbard (2014) acerca de la mayor prevalencia del TLP en mujeres, futuros estudios podrían enfocarse específicamente en los efectos de la TBM en una población predominante masculina para determinar si el sexo de los participantes influye en los resultados de la terapia.

Como limitaciones se ha identificado que algunos estudios han utilizado muestreo no probabilístico o por conveniencia, lo que restringe la generalización de los resultados. El tamaño de la muestra en algunos estudios también es pequeño, lo que puede afectar la replicabilidad de los hallazgos.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La TDC mostró una disminución importante en aspectos como la autolesión y los episodios suicidas. Aunque los intentos de suicidio representaron una cantidad significativa, aquellos pacientes que mostraron en un inicio altos niveles de comportamiento autolesivo, mostraron buenos resultados. Este tipo de tratamiento es eficaz también para la regulación emocional, el manejo del estrés y la adaptación social, de acuerdo con los estudios analizados. En cuanto a la tasa de abandono, aunque se considera relativamente alta, los pacientes que completaron el tratamiento lograron mejorar los síntomas antes mencionados a lo largo del tiempo.

STEPPS logró demostrar resultados eficaces en cuanto a regulación emocional, disociación y reducción de la severidad de los síntomas. Los pacientes que siguieron este tratamiento experimentaron menos visitas a servicios de emergencia y reducción en la hospitalización debido a síntomas del TLP. Es importante recalcar que este programa se recomienda integrarlo con otros tratamientos psicoterapéuticos.

Por su parte, la TBM demostró su efectividad en la reducción de la autolesión, mejor regulación emocional y disminución de los síntomas del TLP a largo plazo. No se hallaron diferencias significativas entre las modalidades de tratamiento intensivo y ambulatorio, e incluso mostró excelentes resultados en pacientes con mayores problemas psicosociales.

Por los resultados encontrados, la terapia dialéctico conductual ha demostrado mayor eficacia en cuanto al tratamiento del TLP; sin embargo, sería recomendable utilizar otra técnica que cubra las limitaciones que la TDC presenta o incluso realizar una combinación de técnicas, es decir, dar un tratamiento más integral para estos pacientes.

Recomendaciones

Es imperativo fomentar la investigación sobre el TLP y sus tratamientos en varios campos, debido a que este trastorno podría no solo tener implicaciones emocionales sino también neurológicas, lo cual sugiere que se necesita ahondar en su divulgación científica.

Implementar programas de capacitación continua para profesionales de salud mental sobre los últimos avances en diagnósticos y tratamiento del TLP. Esto contribuirá a reducir diagnósticos erróneos que podrían incluso cometer iatrogenia, y a mejorar la calidad de atención.

Promover políticas públicas que faciliten el acceso a tratamientos efectivos para el TLP, asegurando su accesibilidad a la población en general, independientemente de su situación económica,

Implementar campañas de sensibilización dirigidas al público en general y a familiares de personas con TLP para reducir el estigma asociado al trastorno y promover una mayor comprensión y apoyo a quienes lo padecen.

Adaptar los tratamientos psicoterapéuticos existentes como la TDC, TBM y STEPPS, a las realidades culturales y sociales de Ecuador, asegurando que sean relevantes y efectivos para la población local.

Establecer mecanismos de evaluación continua para los tratamientos implementados, permitiendo ajustar y mejorar las intervenciones en base a resultados y retroalimentación de los pacientes y profesionales.

BIBLIOGRAFÍA

- Academia Lab. (2024). Terapia dialéctica conductual. *Enciclopedia*. <https://academia-lab.com/enciclopedia/terapia-dialectica-conductual/>
- Albarrán, S., Alva, P., Correa, M., De la Cruz, E., y Ramírez, T. (2021). El límite de Marsha: terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de personalidad. *Journal of neuroscience and public health*, 1(1), 5-11. <https://revista.uct.edu.pe/index.php/neuroscience/article/view/126/140>
- Alesiani, R., Boccalon, S., Giarolli, L., Blum, N., y Fossati, A. (2014). Entrenamiento en sistemas para la predictibilidad emocional y la resolución de problemas (STEPPS): eficacia del programa y características de personalidad como predictores del abandono escolar: un estudio italiano. *Comprehensive psychiatry*, 55 (4), 920-927. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0010440X1400008X>
- American Psychiatric Association (APA). (2013). DSM-V. Fifth Edition ed. United States. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM 5). Arlington: Editorial Panamericana. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- American Psychiatric Association (APA). (2018). DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5.a ed.). Editorial Médica Panamericana S.A. de C.V. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Aparicio, D. (2023). Trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática. *Psyciencia*. <https://www.psyciencia.com/trastorno-limite-de-la-personalidad-una-revision-sistemica/>
- Aramburú, B. (1996). La Terapia Dialéctica Conductual para el Trastorno Límite de la Personalidad. *Universidad Católica de Valparaíso*, 4 (1), 123-140. https://campus-estudiosparalapaz.org/wp-content/uploads/2021/02/TDC_para_el_trastorno_limite_de_la_perso_compressed.pdf
- Asociación de Ayuda e Investigación de los Trastornos de la Personalidad en la Región de Murcia. (2021). Algunos datos sobre el Trastorno Límite de la Personalidad (TLP). <https://asvatp.com/wp-content/uploads/2021/11/Algunos-datos-sobre-el-TLP.pdf>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2016). Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. España. <https://www.edescllee.com/img/cms/pdfs/9788433028754.pdf>
- Bateman, A., y Fonagy, P. (2018). Tratamiento basado en la mentalización. *Aperturas psicoanalíticas*, 59(31), 1-22. <https://www.aperturas.org/imagenes/archivos/cc2018n059a8.pdf>
- Black, D. W., Blum, N., McCormick, B., & Allen, J. (2013). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) group treatment for offenders with

- borderline personality disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201(2), 124–129. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e31827f6435>
- Blanco, M., Díaz, M., Remesal, R., Soriano, M. y Mena, A. (2018). Tratamientos basados en la evidencia para el Trastorno Límite de Personalidad. *Psicoevidencias*. <https://www.psicoevidencias.es/contenidos-psicoevidencias/resumenes-de-evidencia/22-tratamientos-basados-en-la-evidencia-para-el-tp/file>
- Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 165(4), 468–478. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079>
- Bodner, E., Cohen-Fridel, S., Mashiah, M., Segal, M., Grinshpoon, A., Fischel, T. y Iancu, I. (2015). The attitudes of psychiatric hospital staff toward hospitalization and treatment of patients with borderline personality disorder. *ResearchGate*, 15 (2), 8-9. https://www.researchgate.net/publication/271332027_The_attitudes_of_psychiatric_hospital_staff_toward_hospitalization_and_treatment_of_patients_with_borderline_personality_disorder
- Boggiano, J. P., y Gagliesi, P. (2021). *Terapia dialéctico conductual: introducción al tratamiento de los consultantes con desregulación emocional*. Psara Ediciones. <https://www.intercontext.org/wp-content/uploads/2022/04/DBT-BOGGIANO-Y-GAGLIESI.pdf>
- Broc, I., Sánchez, L., Sancho, C., Fernández, A., Longas, J. y Alonso, M. (2023). Artículo monográfico trastorno límite de la personalidad. *Revista Sanitaria de Investigación*. [Artículo monográfico trastorno límite de la personalidad \(revistasanitariadeinvestigacion.com\)](https://www.revistasanitariadeinvestigacion.com)
- Burgal Juanmartí, F., Pérez Lizeretti, N. "Eficacia de la psicoterapia para el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad: una revisión". *Universitat Ramon Llull. Facultat d'Educació Social i Treball Social Pere Tarrés*. 2017. <http://hdl.handle.net/2072/358240>
- Caballo, V. (1998). «Tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos de personalidad». En: V. E. Caballo (dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo conductual de los trastornos psicológicos*, vol. 2 (p. 509-549). <https://beckperu.com/wp-content/uploads/2020/04/Manual-para-el-tratamiento-cognitivo-conductual-de-los-trastornos-psicologicos-Vicente-Caballo.pdf>
- Caballo, V. E., Guillén, J. L. y Salazar, I. C. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327
- Caballo, V., Guillén, J. y Salazar, I. (2009). Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *Psico*, 40, 319-327. *ResearchGate*. https://www.researchgate.net/publication/277214060_Estilos_tracos_e_transtornos_da_personalidade_inter-relacoes_e_diferencas_associadas_aosexo
- Cabezas, F., Cárdenas, O. y Sánchez, M. (2019). *Protocolo de trastorno límite de la personalidad*. Ministerio de Salud Pública. <https://www.hgdc.gob.ec/images/Gestiondecabilidad/Procedimientos/2020/HGDC->

[PROT-TPL%20PROTOCOLO%20DE%20TRASTORNO%20LIMITE%20DE%20LA%20PERSONALIDAD.pdf](#)

- Campbell RJ. Psychiatric Dictionary. 9th ed. New York: Oxford University Press; 2009. p. 976
- Cepeda, V. (2021). Efecto de un protocolo de entrenamiento grupal en habilidades de regulación emocional basado en la Terapia Dialéctico Conductual (DBT) sobre la sintomatología emocional en adolescentes. Konrad Lorenz Fundación Universitaria. https://repositorio.konradlorenz.edu.co/bitstream/handle/001/4774/911202005_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chanen, A., Sharp, C. y Kaess, M. (2022). Early Intervention for Personality Disorder. PubMed, 20, 402-408.
- Chesney, E., Goodwin, G. y Fazel, S. (2014). Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20128#sthash.2RZFPDeO.dpuf>
- Chico, E. (2015). Manual de Personalidad: un recorrido por los principales conceptos desarrollados sobre el constructo Psicología de la Personalidad. Alicante: Editorial Club Universitario.
- Choi-kain, L., y Unruh, B. T. (2019). Tratamiento basado en la mentalización: un enfoque de sentido común para el trastorno límite de la personalidad. RET: revista de toxicomanías, (83), 23-28. <https://www.cat-barcelona.com/wp-content/uploads/RET83-03-tratamiento-tlp-mentalizacion.pdf>
- Choi-kain, L., y Unruh, B. T. (2019). Tratamiento basado en la mentalización: un enfoque de sentido común para el trastorno límite de la personalidad. RET: revista de toxicomanías, (83), 23-28. <https://www.cat-barcelona.com/wp-content/uploads/RET83-03-tratamiento-tlp-mentalizacion.pdf>
- Cloninger, C., Svrakic, M. y Przybeck, T. (1993). A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry. 50(12):975-90. <https://sci-hub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8250684/>
- Contero, M. D., Marrodán, I. Á., & Isisarri, M. G. (2019). Experiencia piloto del programa de entrenamiento para la regulación emocional y la solución de problemas (STEPPS) para el Trastorno Límite de la Personalidad en el Servicio Navarro de Salud. European Journal of Health Research, 5(2), 85-97. <https://revistas.uautonoma.cl/index.php/ejhr/article/view/1288/895>
- Costas, c. M., Bourgon, J. V., del Barrio, A. G., y Simón, J. A. (2017). Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad. https://www.seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf
- Costas, c. M., Bourgon, J. V., del Barrio, A. G., y Simón, J. A. (2017). Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad. https://www.seetp.org/materiales/Publicaciones_Abordaje_TLP.pdf
- Cristea, I., Gentili, C., Coten, C., Palomba, D., Barbui, C. y Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and

- Meta-analysis. PubMed, 74(4), 319-328. <https://sci-hub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28249086/> ba
- Crowell, S. Beauchaine, T. y Linehan, M. (2009). A Biosocial Developmental Model of Borderline Personality: Elaborating and Extending Linehan's Theory. PubMed, 135 (3), 495-510. <https://sci-hub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19379027/>
- De la Vega, R. (2019). ¿Qué es el Trastorno Límite de la Personalidad? UNAM. <https://www.fundacionunam.org.mx/unam-al-dia/la-unam-te-explica-que-es-el-trastorno-limite-de-la-personalidad/>
- De Meulemeester, C., Vansteelandt, K., Luyten, P. y Lowyck, B. (2017). Mentalizing as a Mechanism of Change in the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder: A Parallel Process Growth Modeling Approach. h. Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment. <https://sci-hub.se/10.1037/per0000256>
- Ekiz, E., Videler, A. C., Ouwens, M. A., y Van Alphen, S. P. J. (2023). Systems training for emotional predictability and problem solving in older adults with personality disorders: a pilot study. Behavioural and cognitive psychotherapy, 51(1), 105–109. <https://doi.org/10.1017/S1352465822000443>
- Eysenck, H. (1947). Dimensions of Personality. Londres: Routledge y Kegan Paul
- Fernández-Guerrero, M. (2017). Los confusos límites del trastorno límite. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. 2017; 37(132): 399-413. <https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v37n132/0211-5735-raen-37-132-0399.pdf>.
- Fonagy, P., Luyten, P., y Bateman, A. (2015). Translation: Mentalizing as treatment target in borderline personality disorder. Personality disorders, 6(4), 380–392. <https://doi.org/10.1037/per0000113>
- Gabbard, G. O. (2014). Psychodynamic psychiatry in clinical practice (fifth edition). Washington D.C.: American Psychiatric Pub. https://compress-pdf.obar.info/#google_vignette
- Gaju, M. T., Marín, A. S., Muñoz, V. S., Oristrell, N. M., y Cebrià, A. I. (2023). Aplicación del programa STEPPS en pacientes con Trastorno Límite de la Personalidad. <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/420794/515112>
- García, A. (2021). Viabilidad/Desarrollo de un protocolo de tratamiento grupal basado en el programa STEPPS y aplicado en formato online para síntomas asociados al trastorno límite de la personalidad (TLP). Universitat Jaume I (Castellón). https://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/195355/TFM_2021_Ib%C3%A1niz%20Navarro_Eva%20Mar%C3%ADa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gomez Valero, M. A., Zapata Ospina, J. P., Andrade Carrillo, R. A. & Estrada Jaramillo, S. (2022). Dificultades en la regulación emocional de pacientes con trastorno límite de personalidad atendidos en un centro de terapia dialéctica conductual de Medellín, Colombia. Revista Iberoamericana de Psicología , 15 (1), 11-19. Obtenido de: <https://reviberopsicologia.iberro.edu.co/article/view/2262>
- Guasco-Pérez, L. (2020). Terapia Dialéctica Conductual (TDC): Tolerancia al Dolor Emocional. Universidad Autónoma de Hidalgo.

<https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa4/article/download/6124/7370/>

- Guillén Botella, V., García-Palacios, A., Bolo Miñana, S., Baños, R., Botella, C., y Marco, J. H. (2021). Exploring the Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Versus Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving in a Sample of Patients With Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 35(Suppl A), 21–38. https://doi.org/10.1521/pedi_2020_34_477
- Gunderson, J., Herpertz, S., Skodol, A., Torgersen, S. y Zanarini, M. (2018). Borderline personality disorder. PubMed. <https://sci-hub.se/https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29795363/>
- IntraMed. ¿Qué es el trastorno límite de la personalidad? – Noticias médicas – IntraMed [Internet]. 2014 [citado 28 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82944>
- Jakubovic, R. J., y Drabick, D. A. G. (2023). Dialectical behavior therapy-based interventions for externalizing problems among adolescents: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*. https://www.researchgate.net/publication/371066322_Dialectical_behavior_therapy-based_interventions_for_externalizing_problems_among_adolescents_A_meta-analysis
- Leal, I., Vidales, F. y Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México D.F.: Limusa
- Linehan, M. (1993). *Cognitive - behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York, NY: Guilford Press.
- Marques, S., Barrocas, D. y Rijo, D. (2017). *Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder: A Review of Cognitive-Behavioral Oriented Therapies*. <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/7469>
- Martín, M., Álvarez, I. y Goena, M. (2019). Experiencia piloto del programa de entrenamiento para la regulación Emocional y la solución de problemas (STEPPS) para el Trastorno Límite de la Personalidad en el Servicio Navarro de Salud. *Dialnet*, 5 (2), 85-97. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7562676.pdf>
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1987). Validation of the Five-Factor model of personality across Instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- Millón, T. (2006). Trastornos de la personalidad en la vida moderna. *Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. *Revista Iberoamericana de Psicosomática*. p .628. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=136337>
- Millon, T. y Davis, R. (2000). *Personality disorders in modern life*. Wiley. <https://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/personality.disorders.millon.pdf>
- National Institute of Mental Health (NIMH). (2022). Trastorno límite de la personalidad. 22-MH-4928S. https://www.nimh.nih.gov/sites/default/files/documents/health/publications/espanol/trastorno-limite-de-la-personalidad/Trastorno-l%C3%ADmite-de-la-personalidad_1.pdf

- Neacsiu, A., Lungu, A., Harned, M., Rizvi, S. y Linehan, M. (2014). Impact of dialectical behavior therapy versus community treatment by experts on emotional experience, expression, and acceptance in borderline personality disorder. Elsevier. <https://sci-hub.se/10.1016/j.brat.2013.12.004>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (1994). Pocket Guide to the ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Editorial Medica Panamericana. <https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/cie-x-clasificacion-internacional-enfermedades.pdf>
- Oviedo, G., Gómez- Restrepo, C., Rondón, M., Borda, J. y Tamayo, N. (2015). Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Redalyc. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80650839017>
- Paris, J. (2015). Clinical implications of biological factors in personality disorders. Canadian Psychology/Psychologie Canadienne, 56(2), 263-266.
- Ponce de León, Consuelo A., Brahm, Cecilia M., Bustamante, Francisco V., Sabat, Scherezade V., Labra, Juan Francisco J., y Florenzano, Ramón U. (2017). Efectividad de la terapia conductual dialéctica en pacientes con trastorno de personalidad límite en Santiago de Chile. Revista chilena de neuro-psiquiatría, 55(4), 231-238. <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-92272017000400231>
- Quijada, P. (2015). El trastorno límite podría detectarse mucho antes de los primeros síntomas. ABC Salud. <https://www.abc.es/salud/noticias/20150827/abci-trastorno-limite-personalidad-201508261857.html?ref=https%3A%2F%2Fwww.abc.es%2Fsalud%2Fnoticias%2F20150827%2Fabci-trastorno-limite-personalidad-201508261857.html>
- Ramírez, J. (2020). Trastornos de la personalidad y trastorno por consumo de sustancias: análisis desde la perspectiva dimensional de la Sección III del DSM-5 y su utilidad en el ámbito clínico. Universidad de Huelva. <https://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/18978/Trastornos%20de%20la%20personalidad.pdf?sequence=2>
- Roda, R. (2023). Acude a urgencias con ansiedad e ideación suicida y le dan cita con su psiquiatra de referencia para dentro de tres meses. Salud Mental. https://www.ondacero.es/emisoras/murcia/murcia/noticias/acude-urgencias-fuertes-ideas-suicidas-dan-cita-psiquiatra-referencia-dentro-tres-meses_2023020963e4e4e9308cc000010a5fb2.html#:~:text=Destaca%20el%20TLP%2C%20cuya%20prevalencia,%25%20trastornos%20conducta%20alimentaria%20C%20etc
- Salvador-Carulla L, Bendeck M, Ferrer M, Andi6n O, Aragon6s E, Casas M. Cost of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). Eur Psychiatry. 2014;29:490–7. doi:10.1016/j.eurpsy.2014.07.001
- Salvaggio, D. (2014). La personalidad. Psicología de las Organizaciones. UCES. <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/bitstream/handle/123456789/2410/La%20personalidad.pdf?sequence=1#:~:text=Allport%3A-.Personalidad%20es%20la%20organizaci%C3%B3n%20din%C3%A1mica%2C%20en%20el%20interior%20del%20individuo,de%20naturaleza%20cambiante%3A->

[20organizaci%C3%B3n%20din%C3%A1mica.&text=Que%20es%20algo%20inter
no%2C%20no%20de%20aparici%C3%B3n%20externa.](#)

- Secretaría de Salud. (2018). Alrededor de 1.5 % de la población padece trastorno límite de la personalidad. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/270-alrededor-de-1-5-de-la-poblacion-padece-trastorno-limite-de-la-personalidad>
- Silva, C. (2022). Estrategias de terapia dialéctica conductual para depresión en adolescentes: una propuesta teórica. *Revista de Investigación TALENTOS*, 9(2), 84-100. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8630064>
- Smits, M., Feenstra, D., Eeren, H., Bales, D., Laurensen, E., Blankers, M., Soons, M., Dekker, J., Lucas, Z., Verheul, R. y Luyten, P. (2019). Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. *BJPsych*. <https://sci-hub.se/10.1192/bjp.2019.9>
- Soler, J., Eliges, M., y Carmona, C. (2016). Terapia Dialéctica Conductual: aplicaciones clínicas y evidencia empírica. *Análisis y modificación de Conducta*, 42, 165-66. <https://www.uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/2793>
- Stoffers-Winterling, J., Storebo, O., Kongerslev, M., Faltinsen, E., Todorovac, A., Jorgensen, M., Sales, C., Callesen, H., Pereira, J., Vollm, B., Lieb, K. y Simonsen, E. (2022). *Redalyc*, 221(3), 1-15. https://www.researchgate.net/publication/358185775_Psychotherapies_for_borderline_personality_disorder_a_focused_systematic_review_and_meta-analysis
- Valarezo, C., Celi, S., Rodríguez, D. y Sánchez, V. (2020). Caracterización general y evolución de la personalidad en la primera infancia. *Horizontes. Revista de Investigación en Ciencias de la Educación*. http://www.scielo.org.bo/pdf/hrce/v4n16/v4n16_a10.pdf
- Vanegas G, Barbosa A, Pedraza Gineth. Revisión bibliográfica sobre el tratamiento sistémico y cognitivo conductual del trastorno límite de personalidad. *Informes Psicológicos*. 2017; 17(2): 159-176. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7044262>
- Vásquez-Dextre, E. (2016). Terapia Dialéctica Conductual en el trastorno límite de personalidad: el equilibrio entre la aceptación y el cambio. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118. Recuperado en 24 de julio de 2024, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000200005&lng=es&tlng=es.
- Ventura, A. (2018). Temperamento, Carácter y Personalidad. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/341219733_31-Temperamento_Caracter_y_Personalidad
- Vogt, K. y Norman, P. (2018). Is mentalization-based therapy effective in treating the symptoms of borderline personality disorder? A systematic review. ResearchGate. https://www.researchgate.net/publication/325683777_Is_Mentalization-based_therapy_effective_in_treating_the_symptoms_of_Borderline_Personality_Disorder_A_systematic_review
- Wagner, T., Fydrich, T., Stiglmayr, C., Marschall, P., Salize, H., Renneberg, B., Fleba, S. y Roepke, S. (2014). Societal cost-of-illness in patients with borderline personality

disorder one year before, during and after dialectical behavior therapy in routine outpatient care. Elsevier. <https://sci-hub.se/10.1016/j.brat.2014.07.004>

Zimmerman, M. (2022). Trastorno límite de la personalidad. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-de-la-personalidad/trastorno-lim%C3%ADtrofe-de-la-personalidad-tlp>