

UNIVERSIDAD DE SALAMANCA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Máster en Psicología General Sanitaria



**VNiVERSiDAD
D SALAMANCA**

Trabajo de Fin de Máster

**Alternativas a la Terapia Dialéctico Conductual en el
Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad:
Una Revisión Sistemática**

**Alternatives to Dialectical Behavior Therapy in the
Treatment of Borderline Personality Disorder:
A Systematic Review**

Autora: Alba Gordillo Pareja

Tutor: Juan Carlos Vicente Casado

Febrero de 2024

Declaración de autoría

Declaro que:

- 1) He redactado el trabajo “Alternativas a la Terapia Dialéctico Conductual en el Tratamiento del Trastorno Límite de Personalidad: Una Revisión Sistemática” para la asignatura de Trabajo Fin de Máster en el curso académico 2023-2024 de forma autónoma, con la ayuda de las fuentes bibliográficas citadas en las Referencias bibliográficas.
- 2) He identificado como tales todas las partes tomadas de las fuentes indicadas, textualmente o conforme a su sentido.
- 3) El trabajo realizado así como el material incluido en los Anexos constituye una aportación personal y que no he copiado, reproducido ni utilizado programas ya existentes. En todos los casos se ha reconocido expresamente la autoría de instrumentos de evaluación o similares, publicados.
- 4) Soy consciente de que no respetar estos extremos es objeto de sanciones universitarias y/o de otro orden, incluyendo la calificación del TFM con un 0-Suspenso.

A 6 de febrero de 2024



Fdo: Alba Gordillo Pareja

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a mi tutor, Juan Carlos Vicente, por su apoyo y dedicación con respecto a este trabajo, así como su disponibilidad y las facilidades que me ha prestado para la realización del mismo.

Asimismo, me gustaría agradecer a mis familiares y amigos por acompañarme y apoyarme durante este proceso.

Resumen

Contexto: El trastorno límite de personalidad (TLP) es una condición compleja que presenta desafíos significativos debido a su alta prevalencia y complejidad y al deterioro psicosocial y riesgo de mortalidad al que se asocia, por lo que resulta crucial una intervención temprana y adecuada para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de los individuos que lo padecen.

Objetivos: El objetivo de este estudio era analizar los distintos enfoques terapéuticos eficaces que se están investigando recientemente para el tratamiento del TLP que fueran alternativos a la terapia dialéctico conductual, con el fin último de mejorar las decisiones clínicas y fortalecer la práctica basada en la evidencia en el manejo de este trastorno.

Métodos: Para ello, se recopiló información de 25 artículos científicos de investigación publicados entre 2018 y 2023, obtenidos de las bases de datos electrónicas Scopus, Web of Science y PubMed.

Resultados: Los resultados muestran la gran variedad de enfoques terapéuticos eficaces que existen en el tratamiento del TLP, con especial relevancia de la terapia basada en la mentalización (MBT). Otros hallazgos relevantes fueron que los enfoques generalistas y la atención clínica estándar se mostraron en su mayoría eficaces y comparables a los distintos tratamientos del TLP, apoyado la viabilidad de su aplicación. Se evidenciaron como factores importantes la calidad de la relación terapéutica, el sentido de pertenencia al grupo, la intervención temprana y la adaptación del tratamiento a las necesidades individuales.

Conclusiones: En conclusión, existe un amplio abanico de intervenciones efectivas para tratar el TLP que son alternativas a la terapia dialéctico conductual y su aplicación debe considerarse en función de las necesidades de cada paciente.

Implicaciones prácticas: La amplia variedad de intervenciones contribuye a incrementar la viabilidad del tratamiento del TLP, influyendo a su vez en la calidad de vida de los individuos que lo padecen.

Palabras clave: revisión sistemática, trastorno límite de personalidad, eficacia, terapia dialéctico conductual, terapia basada en la mentalización, terapia de esquemas.

Abstract

Background: Borderline personality disorder (BPD) is a complex condition that presents significant challenges due to its high prevalence and complexity and the psychosocial impairment and mortality risk associated with it, making early and appropriate intervention crucial to improve the prognosis and quality of life of individuals with BPD.

Objective: The objective of this study was to analyse the different effective therapeutic approaches being recently investigated for the treatment of BPD that are alternatives to dialectical behavior therapy, with the ultimate goal of improving clinical decisions and enhancing evidence-based practice in the management of this disorder.

Methods: To this end, information was collected from 25 scientific research articles published between 2018 and 2023, obtained from the electronic databases Scopus, Web of Science and PubMed.

Results: The results show the wide variety of effective therapeutic approaches that exist in the treatment of BPD, with particular relevance of mentalization-based therapy (MBT). Other relevant findings were that generalist approaches and standard clinical care were mostly effective and comparable to different BPD treatments, supporting the feasibility of their application. The quality of the therapeutic relationship, the sense of belonging to the group, early intervention and the adaptation of the treatment to the individual's needs were shown to be important factors.

Conclusions: In conclusion, there is a wide range of effective interventions for treating BPD that are alternatives to dialectical behavior therapy and their application should be considered according to the needs of the individual patient.

Practical implications: The wide variety of interventions contributes to increasing the feasibility of BPD treatment, in turn influencing the quality of life of individuals with BPD.

Keywords: systematic review, borderline personality disorder, efficacy, dialectical behavior therapy, mentalization-based treatment, schema therapy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

1. INTRODUCCIÓN	5
1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO	5
1.2. MARCO TEÓRICO	6
1.2.1. Características del trastorno límite de la personalidad	6
1.2.2. Modelos explicativos del trastorno límite de personalidad.....	8
1.2.3. Tratamiento del trastorno límite de personalidad.....	9
1.3. OBJETIVOS.....	11
1.3.1. Objetivo del artículo de revisión.....	11
1.3.2. Objetivos específicos	11
2. MÉTODO.....	12
2.1. MATERIALES	12
2.2. PROCEDIMIENTO.....	12
2.2.1. Estrategia de búsqueda.....	12
2.2.2. Criterios de inclusión y de exclusión	12
2.2.3. Proceso de selección de los estudios.....	13
2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.....	14
3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	14
3.1. RESULTADOS.....	14
3.1.1. Tipos de intervención.....	14
3.1.2. Características de los estudios	16
3.1.3. Eficacia de las intervenciones psicológicas	17
3.1.4. Variables que influyen en la eficacia de las intervenciones	24
3.2. DISCUSIÓN.....	25
4. CONCLUSIONES	27
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
6. ANEXOS.....	38
Anexo 1. Índice de abreviaturas de la tabla resumen	38
Anexo 2. Tabla resumen de los estudios.....	42

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos	13
---	----

1. INTRODUCCIÓN

1.1. JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición compleja caracterizada por inestabilidad emocional e interpersonal, impulsividad y comportamientos autolesivos o suicidas, entre otros (American Psychiatric Association [APA], 2022; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018). Se trata de uno de los trastornos de personalidad más prevalentes e incapacitantes (Fonagy et al., 2017), estimándose su prevalencia en torno al 1-2% en la población general, con tasas más elevadas entre jóvenes y en contextos clínicos (APA, 2022; Ellison et al., 2018; Tomko et al., 2014). La presencia de TLP implica un riesgo elevado de muerte prematura y suicidio, con tasas notoriamente elevadas de intentos de suicidio y autolesiones entre estos individuos (Black et al., 2004; Reichl & Kaess, 2021). Además, el TLP se asocia a un deterioro persistente en el funcionamiento psicosocial (Gunderson, 2011; Reichl & Kaess, 2021; Zanarini, 2009). De esta manera, la detección temprana y la implementación de intervenciones terapéuticas apropiadas se vuelven fundamentales para mejorar el pronóstico y la calidad de vida de quienes padecen esta condición.

El TLP plantea un considerable desafío para los profesionales de la salud mental, presentando altos niveles de atención psiquiátrica, tendencia a interrumpir prematuramente la psicoterapia y a desarrollar reacciones contratransferenciales con sus terapeutas (D'Agostino et al., 2018; Zanarini, 2009). La interrupción prematura del tratamiento constituye un problema significativo, con tasas de abandono que varían del 21.8% al 35%, dependiendo de factores como la calidad de la relación terapéutica, la insatisfacción con el tratamiento y la falta de motivación, entre otros (Iliakis et al., 2021; Arenas, 2008). La importancia de explorar los tratamientos psicológicos para el TLP radica en su complejidad y amplia gama de manifestaciones clínicas (D'Agostino et al., 2018; Zanarini, 2009). Asimismo, la presencia de trastornos mentales comórbidos amplifica la complejidad de este trastorno, influyendo en su curso y en la efectividad del tratamiento (Shah & Zanarini, 2018).

La psicoterapia se considera el enfoque principal y más eficaz (Zanarini, 2009). Sin embargo, no existe un tratamiento específico que sea universalmente eficaz para todos los individuos con TLP, sino que se ha visto que gran variedad de intervenciones muestran resultados prometedores (Paris, 2019; Stoffers-Winterling et al., 2022; Zanarini, 2009), siendo la más conocida y estudiada la Terapia Dialéctico Conductual, que pese a su eficacia, presenta

distintas limitaciones: su efecto global es moderado y tiende a disminuir con el tiempo (Kliem et al., 2010; Stoffers-Winterling et al., 2022); su eficacia no es universal para todos los casos y los resultados pueden variar significativamente entre los pacientes (Kröger et al., 2013); no existe evidencia que demuestre su superioridad sobre otras terapias (O’Connell & Dowling, 2014; Oud et al., 2018; Zanarini, 2009); y requiere costes adicionales en formación del personal sanitario (O’Connell & Dowling, 2014).

Considerando lo expuesto, el propósito de esta revisión es examinar las intervenciones terapéuticas respaldadas por evidencia científica en el tratamiento del trastorno límite de personalidad, que sean objeto de recientes estudios y que representen alternativas a la Terapia Dialéctica Conductual.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1. Características del trastorno límite de la personalidad

Un trastorno de la personalidad, según el DSM-5-TR, es un patrón permanente, generalizado y poco flexible de experiencia interna y de comportamiento que se desvía notablemente de las normas y expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la edad adulta, es estable a lo largo del tiempo y conduce a malestar o deterioro (APA, 2022).

El DSM-5-TR y la CIE-11 plantean los trastornos de personalidad desde un enfoque distinto, mientras el primero hace una clasificación explícita del TLP, el segundo crea un subapartado denominado “patrón límite”. Ambos hacen referencia a una alteración de la personalidad caracterizada por un patrón generalizado de inestabilidad de las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, así como por una marcada impulsividad, manifestada por: esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginado; un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas; alteración de la identidad, con inestabilidad intensa y persistente de la autoimagen y sentido del yo; impulsividad en dos o más áreas que son potencialmente lesivas; comportamientos, actitudes o amenazas de suicidio y comportamiento de automutilación; inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad emocional; sentimientos crónicos de vacío; enojo intenso e inapropiado o dificultad para controlarlo; síntomas disociativos transitorios o características de tipo psicótico en situaciones de alta excitación afectiva (APA, 2022; OMS, 2018).

La prevalencia del TLP varía ampliamente según la población y los métodos de diagnóstico utilizados. En la población general, se estima entre el 1% y el 2%, siendo considerablemente más alta en contextos clínicos, alcanzando hasta el 22% entre pacientes hospitalizados y alrededor del 12% en entornos psiquiátricos ambulatorios (APA, 2022; Ellison et al., 2018). Su incidencia parece disminuir con la edad (Balsis et al., 2015), siendo más alta entre los adultos jóvenes, con tasas del 22% (Tomko et al., 2014), y disminuyendo a alrededor del 1% en personas mayores de 60 años (Balsis et al., 2015). La prevalencia también varía según el género, siendo mayor en mujeres adultas (Tomko et al., 2014), mientras que en adolescentes las diferencias no son tan evidentes (Bernstein et al., 1993). En entornos forenses, la prevalencia del TLP es significativamente mayor, alcanzando entre el 25% y el 55% (Ellison et al., 2018), y también pueden existir diferencias étnicas en la prevalencia del trastorno (Tomko et al., 2014).

El pronóstico del TLP es complejo, si bien esta condición puede presentar un curso crónico, muestra altas tasas de remisión y bajas tasas de recaída cuando se implementan intervenciones terapéuticas adecuadas (Gunderson, 2011), alcanzando, entre el 50 y 70% de los pacientes, remisión a largo plazo (Álvarez-Tomás et al., 2019). A pesar de esto, la mayoría de los pacientes nunca se recuperan completamente con respecto al funcionamiento psicosocial (Gunderson, 2011; Reichl & Kaess, 2021). La edad y el sexo, concretamente el sexo femenino y una mayor edad, parecen relacionarse con un peor pronóstico en cuanto a funcionalidad y remisión (Álvarez-Tomás et al., 2019).

Por otro lado, los síntomas del TLP se relacionan con la aparición de trastornos mentales comórbidos, con tasas de comorbilidad que varían del 30 al 50% (Arenas, 2008). Los trastornos más frecuentemente asociados al TLP son: del estado de ánimo, de ansiedad, alimentarios, por consumo de sustancias, el trastorno obsesivo compulsivo y el trastorno de estrés postraumático (Shah & Zanarini, 2018).

El TLP se asocia con un riesgo significativo de muerte prematura, especialmente por suicidio. Aproximadamente el 5.9% de los pacientes con TLP mueren por suicidio (Reichl & Kaess, 2021), pudiendo alcanzar tasas de hasta el 10% (Soloff & Chiappetta, 2012). Por otro lado, el 14% de los individuos con TLP fallecen por otras causas, como complicaciones cardiovasculares, complicaciones relacionadas con sustancias, cáncer, accidentes, etc. (Reichl & Kaess, 2021).

El predictor más potente del suicidio consumado son los antecedentes de intentos previos (Berman et al., 2000), encontrándose también relaciones entre estas dos variables y las

autolesiones no suicidas (Reichl & Kaess, 2021). Esto hace a las personas TLP especialmente vulnerables: el 75% ha intentado suicidarse alguna vez; y el 90% de los adultos y 95% de los adolescentes presenta autolesiones no suicidas (Black et al., 2004; Reichl & Kaess, 2021). Pese a que la mayoría de los intentos repetitivos de suicidio se dan en mujeres jóvenes y disminuyen con el tiempo, el mayor riesgo no se da al comienzo, sino tras muchos años de enfermedad, junto con el fracaso del tratamiento, la pérdida de relaciones de apoyo y el aislamiento social. Esto se debe a que al principio del curso del TLP hay mayores actos impulsivos y de ira en respuesta a factores estresantes agudos, que tienen más intención comunicativa que letal (Paris, 2019; Soloff & Chiappetta, 2012).

Teniendo en cuenta la alta comorbilidad psiquiátrica, el desajuste en el funcionamiento psicosocial, la alta prevalencia de autolesiones, intentos de suicidio y suicidio consumado y las altas tasas de remisión cuando se implementa el tratamiento terapéutico adecuado, resulta crucial la detección precoz del TLP en los individuos y la aplicación temprana de un tratamiento adecuado para la persona.

1.2.2. Modelos explicativos del trastorno límite de personalidad

Se han propuesto varios modelos para comprender las causas y la patogénesis del TLP. Todos ellos se basan en la evidencia y tienen como componentes comunes el apego desorganizado, las experiencias traumáticas tempranas, la desregulación emocional, la sensibilidad interpersonal y dificultades en cognición social. Difieren más bien en el énfasis que dan a los distintos componentes y en la forma en la que conceptualizan sus relaciones (D'Agostino et al., 2018).

Relacionados con las psicoterapias especializadas encontramos, en primer lugar, el modelo de organización de la personalidad límite de Kernberg, que fundamenta la psicoterapia centrada en la transferencia. Este modelo identifica distintos niveles de organización de la personalidad: neurótico, psicótico y límite. Según su teoría, en los individuos TLP se darían fallos en el desarrollo de sentido de la identidad del self y en las relaciones interpersonales (D'Agostino et al., 2018; Labbé-Arocca et al., 2020; Pérez, 2011). En segundo lugar, el modelo de desregulación emocional de Linehan fundamenta la terapia dialéctico conductual. Este modelo biosocial propone que existe una vulnerabilidad biológica a la desregulación emocional que se combina con crecer en un entorno invalidante. Esta desregulación se caracteriza por una mayor sensibilidad a los estímulos emocionales, reacciones intensas a estos estímulos y una recuperación emocional lenta, y tendría como consecuencia experiencias negativas en diversas

situaciones y la implementación de conductas desadaptativas para gestionarlas (D'Agostino et al., 2018; Elices & Cordero, 2011). En tercer lugar, el modelo de disfunción reflexiva de Fonagy fundamenta la terapia basada en la mentalización. Este modelo se centra en la capacidad de mentalización, que viene determinada por las interacciones tempranas con los cuidadores principales y se encuentra alterada en los individuos TLP. Esta alteración llevaría a problemas en la regulación emocional, atención y autocontrol de estos individuos (D'Agostino et al., 2018; Monteserín, 2010).

Por otro lado, encontramos el modelo de hipersensibilidad interpersonal y el modelo de temperamento hiperbólico de Zanarini y colaboradores, en los cuales se destaca la existencia de predisposiciones genéticas, a la hipersensibilidad interpersonal y al temperamento hiperbólico respectivamente, que se combinan con experiencias negativas en la infancia contribuyendo al desarrollo de la psicopatología límite. El primer modelo fundamenta la intervención de “buen manejo psiquiátrico” (GPM) y establece que la hipersensibilidad interpersonal se manifiesta en niveles elevados de estrés interpersonal, respuestas emocionales intensificadas ante señales sociales y mayor activación de la amígdala frente a estímulos socialmente relevantes. El segundo modelo integra a su vez el modelo de desregulación emocional y define el temperamento hiperbólico como una tendencia a experimentar un afecto negativo profundo en respuesta a eventos interpersonales negativos e integra (D'Agostino et al., 2018; Gunderson & Lyons-Ruth, 2008; Hopwood et al., 2012; Yalch et al., 2015)

Recientemente ha surgido un nuevo enfoque, el modelo de disforia interpersonal, que destaca la disforia como el núcleo psicopatológico del TLP. Este modelo identifica dos formas de disforia: una “disforia de fondo”, un estado emocional crónico que subyace en la experiencia cotidiana del TLP; y una “disforia situacional” desencadenada por circunstancias estresantes, que se manifestaría mediante los síntomas TLP (D'Agostino et al., 2018; Monti, & D'Agostino, 2019).

1.2.3. Tratamiento del trastorno límite de personalidad

El TLP ha sido comúnmente tratado mediante intervenciones farmacológicas y psicológicas. La eficacia de la farmacoterapia en el tratamiento de esta población no está bien establecida: no hay medicamentos aprobados específicamente para el TLP, sino que su uso se limita a síntomas específicos (Ripoll, 2013), como estado de ánimo, ansiedad e impulsividad (Del Casale et al., 2021). De entre los fármacos que han mostrado eficacia se encuentran los antipsicóticos atípicos, los antidepresivos y los antiepilépticos específicos (Del Casale et al.,

2021; Ripoll, 2013), no estando tan claro para los anticonvulsivantes (Ripoll, 2013; Crawford et al., 2018). De esta manera, la psicoterapia se considera el tratamiento primario para el TLP (Zanarini, 2009) y existen diversidad de enfoques terapéuticos para su abordaje.

En primer lugar, existen cuatro tratamientos diseñados para abordar específicamente el TLP, las llamadas “psicoterapias especializadas”: terapias basadas en la evidencia que están manualizadas y estructuradas y presentan un abordaje integral e intensivo (Zanarini, 2009). Estas son: la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), la Terapia de Esquemas (ST), el Terapia basada en la mentalización (MBT) y la Terapia Basada en la Transferencia (TFP) (Oud et al., 2018). Las dos primeras se consideran de naturaleza cognitivo-conductual y las dos últimas de naturaleza psicodinámica (Zanarini, 2009). Estas terapias han demostrado ser efectivas en la reducción de la gravedad del TLP, las autolesiones y los intentos de suicidio (Oud et al., 2018; Paris, 2019; Zanarini, 2009), aunque meta-análisis recientes concluyen que la calidad general de la evidencia es de baja a moderada para la mayoría de estas intervenciones, siendo las que más evidencia presentan la MBT y la DBT, especialmente para las conductas autolesivas y el funcionamiento psicosocial (Cristea et al., 2017; Oud et al., 2018, Stoffers-Winterling et al., 2022).

En segundo lugar, en contraste con las psicoterapias especializadas, se desarrollaron modelos de atención generalistas con intención de que fueran algo menos intensivos y requirieran menor formación de los profesionales (Choi-Kain et al., 2017). Estos son: el buen manejo psiquiátrico (GPM), la gestión clínica estructurada (SCM) y la terapia de apoyo. Estos tratamientos, que ofrecen una atención más amplia y adaptada a las necesidades individuales de los pacientes, han mostrado ser eficaces en el tratamiento del TLP (Choi-Kain et al., 2017; Gunderson et al., 2018).

Además de las intervenciones independientes, se han desarrollado enfoques complementarios para el abordaje del TLP. El más conocido es el Entrenamiento en Sistemas para la Predictibilidad Emocional y la Resolución de Problemas (STEPPS), cuya implementación parece mejorar los resultados de los tratamientos concurrentes del TLP (Choi-Kain et al., 2017). Otras intervenciones grupales complementarias que muestran efectos prometedores son: el entrenamiento en habilidades de la DBT (DBT-ST), un grupo de regulación de emociones (ERG) y la Terapia Cognitiva Asistida Manualmente (MACT) (Stoffers-Winterling et al., 2022)

Por último, se han implementado otras terapias psicológicas para el tratamiento del TLP que no son específicas de este, como son la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Cognitivo Analítica (CAT). Estas terapias parecen mostrarse efectivas (Reyes-Ortega et al., 2020; Morton et al., 2012; Clarke et al., 2013; Kellett et al., 2013).

La evidencia de superioridad de las distintas intervenciones no es concluyente, tanto al comparar terapias especializadas entre sí como al compararlas con el tratamiento genérico (Oud et al., 2018; Choi-Kain et al., 2017; Zanarini, 2009). A pesar de que la DBT ha sido la más estudiada y ampliamente utilizada, otros tratamientos muestran resultados prometedores, sugiriendo que varios enfoques de tratamiento pueden ser beneficiosos (Paris, 2019; Stoffers-Winterling et al., 2022; Zanarini, 2009). Es esencial considerar las necesidades y preferencias individuales a la hora de elegir la intervención y la posibilidad de emplear intervenciones complementarias junto con el tratamiento principal (Stoffers-Winterling et al., 2022).

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo del artículo de revisión

El objetivo general del presente trabajo es realizar una revisión sistemática sobre la literatura científica existente desde 2018 hasta la actualidad, sobre intervenciones psicológicas eficaces para el tratamiento del trastorno límite de personalidad que sean alternativas a la terapia dialéctico conductual.

1.3.2. Objetivos específicos

- a. Identificar las intervenciones psicológicas para tratar el trastorno límite de personalidad que se han estudiado y publicado con mayor frecuencia desde 2018 hasta la actualidad, que sean alternativas a la terapia dialéctico conductual.
- b. Evaluar cuáles de estas intervenciones psicológicas presentan mayor evidencia científica en cuanto a su eficacia y/o efectividad para tratar el trastorno límite de personalidad.
- c. Determinar si existen variables comunes que influyan en la eficacia de las intervenciones psicológicas para el trastorno límite de personalidad.

2. MÉTODO

2.1. MATERIALES

Los materiales empleados para la elaboración de la presente revisión sistemática han sido 25 artículos científicos de investigación empírica, obtenidos de distintas bases de datos electrónicas que se especificarán más adelante.

2.2. PROCEDIMIENTO

2.2.1. Estrategia de búsqueda

En primer lugar, se seleccionaron las bases de datos electrónicas en las que se realizaría la búsqueda de la literatura, estas fueron: Scopus, Web of Science y PubMed. Web of Science incluye a su vez búsquedas en: Current Contents Connect; Derwent Innovations Index; KCI-Korean Journal Database; MEDLINE; ProQuest Dissertations & Theses Citation Index; y SciELO Citation Index.

La búsqueda de la literatura se realizó del 6 al 15 de octubre de 2023, e incluía artículos publicados desde 2018 hasta 2023, ambos inclusive. Se utilizaron como descriptores y operadores: *“borderline personality disorder” AND “treatment or intervention or therapy” AND NOT “DBT or dialectical behavior therapy or dialectical behaviour therapy”*. Estos se filtraron por *“title”* o *“título”* para los dos primeros descriptores y por *“title, abstract, keywords”* o *“tema”* para el descriptor *“DBT”*.

2.2.2. Criterios de inclusión y de exclusión

Los criterios de inclusión aplicados para la búsqueda y selección de la literatura fueron: (1) que el idioma de publicación de los estudios fuese inglés o español; (2) fueran artículos científicos de investigación; (3) cuya población fueran individuos con trastorno límite de personalidad; y (4) que aplicaran intervenciones psicológicas centradas en el paciente.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: (1) estudios anteriores al año 2018; (2) que fueran artículos de revisión, meta-análisis o libros; (3) cuyo texto completo fuese inaccesible; (4) que no estuvieran relacionados con los objetivos del estudio; (5) las intervenciones aplicadas fueran farmacológicas, biológicas, quirúrgicas o cualquier tipo de intervención no psicológica; (6) cuya intervención estuviera dirigida a terceras personas, como familiares, amigos, cuidadores o el personal sanitario; (7) cuyo tratamiento fuera aplicado específicamente para comorbilidades, incluyendo otros trastornos de personalidad; (8) que

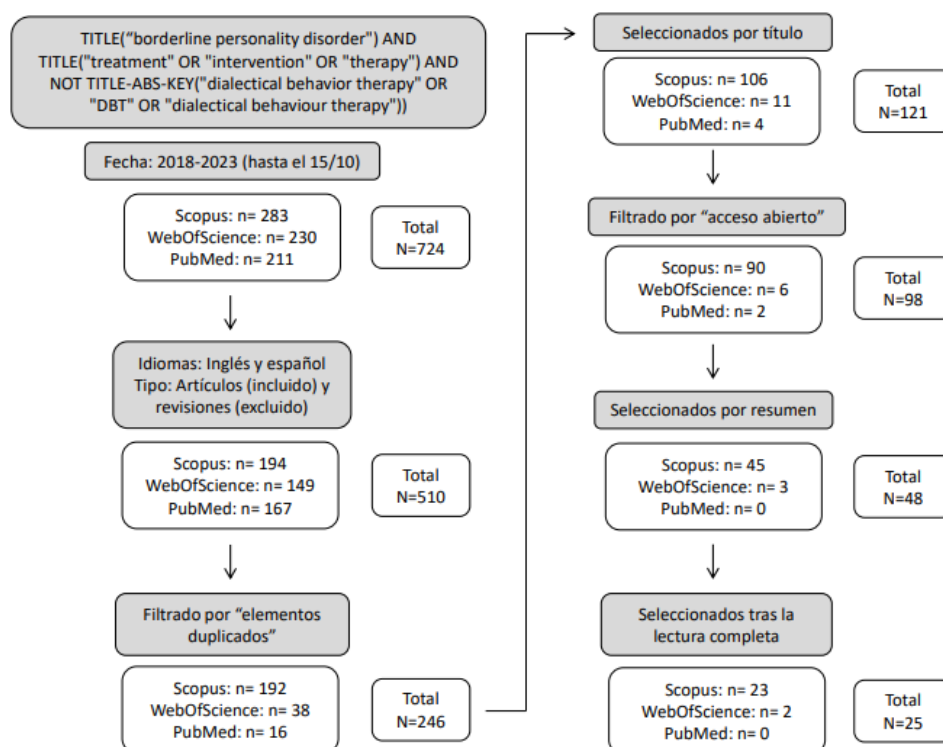
abordaran tratamientos centrados en la terapia dialéctico-conductual; (9) o intervenciones en crisis y/o psicosociales; y (10) que fueran investigaciones centradas en cuestiones muy específicas, como utilizar una técnica concreta o centrarse en una variable específica del tratamiento, como la alianza terapéutica o el abandono del mismo.

2.2.3. Proceso de selección de los estudios

El proceso de selección de artículos siguió varias etapas. En primer lugar, se realizó un filtrado inicial por fecha, idioma y eliminación de artículos duplicados, utilizando Zotero como gestor bibliográfico. Una vez completada esta fase, se contó con un conjunto inicial de 246 artículos. Posteriormente, se procedió a la lectura de dichos artículos, aplicando los criterios de inclusión y exclusión definidos anteriormente, dando lugar a una selección de 121 artículos. Estos estudios fueron filtrados según su disponibilidad de acceso abierto, proceso que se realizó de manera manual, reduciendo la lista a 98 artículos. Siguiendo de nuevo los criterios de inclusión y exclusión establecidos, se procedió a la lectura de los resúmenes, seleccionando así 48 estudios. Finalmente, se llevó a cabo una lectura completa de estos 48 artículos, lo que resultó en una selección final de 25 estudios que componen la muestra de la presente revisión. Véase con más detalle la Figura 1.

Figura 1.

Diagrama de flujo del proceso de búsqueda y selección de los artículos



2.3. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Una vez realizada la selección de los artículos, se llevó a cabo una extracción y síntesis de las características y resultados principales de cada estudio, para ello, se elaboró una tabla resumen (Anexo 2) que detalla para cada artículo: autor y año; diseño de los estudios, incluyendo metodología, duración y formato del tratamiento y ubicación; objetivo de la investigación; características de la muestra; instrumentos empleados y variables de resultado que miden; y resultados y hallazgos principales del estudio.

3. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1. RESULTADOS

3.1.1. Tipos de intervención

Se analizaron un total de 25 estudios para evaluar la eficacia de intervenciones psicológicas en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. Se identificaron 11 estudios que se centran en la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), 4 en la Terapia de Esquemas (ST), 3 en la Terapia Cognitivo Conductual (CBT), 2 en la Terapia Metacognitiva Interpersonal (MIT), 1 en la Terapia Icónica (IT), 1 en la Terapia Interpersonal (IPT), 1 en la Terapia Analítica Cognitiva (CAT), 1 en el programa “Entrenamiento en Sistemas para la Predictibilidad Emocional y la Resolución de Problemas” (STEPPS) y 1 en una terapia integradora.

La Terapia Basada en la Mentalización, desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy, destaca que los individuos con TLP son más vulnerables a experimentar alteraciones o déficits en la capacidad de mentalización, el proceso de inferir y comprender los estados mentales propios y ajenos. Dichas alteraciones contribuirían a las dificultades de regulación emocional, problemas interpersonales, impulsividad y autolesiones características del TLP. El objetivo de la MBT por tanto, sería mejorar la capacidad de mentalización para mejorar a su vez la regulación emocional y el funcionamiento personal e interpersonal (Bateman & Fonagy, 2009, 2010, como se citó en Carlyle et al., 2020; Jorgensen et al., 2021).

La Terapia de Esquemas, desarrollada por Jeffrey Young como tratamiento para los trastornos de la personalidad y otros trastornos sintomáticos crónicos, tiene como elemento central los esquemas desadaptativos tempranos, patrones emocionales y cognitivos

contraproducentes que se establecen en la infancia y se desarrollan a lo largo de la vida de la persona (Young et al., 2003, como se citó en Khasho et al., 2023; Tan et al., 2018) y los modos de esquema problemáticos del TLP (Lobbestael et al., 2005, como se citó en Tan et al., 2018). El objetivo de la ST por tanto sería ayuda a los individuos TLP a comprender y gestionar sus reacciones emocionales y los modos disfuncionales vinculados a necesidades no satisfechas en la infancia o adolescencia (Arnzt & Van Genderen, 2009; Joven et al., 2003, como se citó en Hilden et al., 2021).

La Terapia Cognitivo Conductual, desarrollada por Aaron T. Beck, en el tratamiento de los trastornos de personalidad se centra en identificar y cambiar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales, así como mejorar la regulación emocional y las habilidades de afrontamiento (Beck, 1990). Los estudios incluidos en este apartado emplearon derivaciones de la CBT clásica. El estudio de Bernard & Walburg de 2020 se basa en una intervención terapéutica grupal breve centrada en mejorar la regulación emocional y las relaciones interpersonales de los individuos con TLP. La investigación de Martin & Del-Monte de 2022 emplea el protocolo “ECCCLORE”, intervención cognitivo-conductual que integra elementos de la DBT, la ACT, el MBSR, la ST y la CFT, centrándose en la regulación emocional, la gestión de crisis y las cuestiones relacionales. Por otro lado, la investigación de Sauer-Zavala et al. de 2023 desarrolla “BPD Compass”, una serie de módulos cognitivo-conductuales que incluyen elementos para tratar las dimensiones de personalidad relacionadas con el TLP según el Modelo Alternativo de los Trastornos de la Personalidad (AMPD) del DSM-5 (APA, 2013, como se citó en Sauer-Zavala et al., 2023).

La Terapia Metacognitiva Interpersonal es una psicoterapia cognitivo-conductual diseñada para promover habilidades metacognitivas y mejorar las relaciones interpersonales. Se basa en que en individuos TLP hay una alteración en la metacognición, la cual haría referencia al conjunto de habilidades cognitivas y afectivas funcionales para identificar y atribuir estados mentales (Carcione et al., 2021, como se citó en Rossi et al., 2023).

La Terapia Icónica es una terapia integrativa que utiliza imágenes para enseñar actitudes y habilidades para mejorar los síntomas del TLP, ayudando a los individuos a reconocer sus emociones y mejorar su capacidad de funcionamiento (Hurtado-Santiago et al., 2022).

La Terapia Interpersonal adaptada para el tratamiento del TLP fue desarrollada por Markowitz (Markowitz, 2005). Esta terapia tiene como objetivo abordar las características

específicas del TLP y manejar las dificultades en las relaciones interpersonales típicas de los estos pacientes (Bozzatello & Bellino, 2020). Bozzatello y Bellino desarrollaron una adaptación a la IPT-BPD de Markowitz (IPT-BPD-R).

La Terapia Analítica Cognitiva en el estudio de Kellet et al. de 2021 se basa teóricamente en la formulación esquemática secuencial, utilizando múltiples estados del self como el enfoque principal para comprender y trabajar con estados emocionales disfuncionales. Se trabaja activamente con las representaciones durante la relación terapéutica (Ryle & Kellett, 2003, 2018, como se citó en Kellet et al., 2021).

El Entrenamiento en Sistemas para la Predictibilidad Emocional y la Resolución de Problemas (STEPPS) es un programa estructurado y grupal diseñado para el TLP, que combina el entrenamiento en habilidades y la psicoeducación con elementos de la terapia cognitivo-conductual (Black et al., 2018).

Finalmente, en el estudio de Wrege et al. de 2021 se describe una terapia integradora. Se aplica un programa psicoterapéutico que integra elementos cognitivo-conductuales y psicodinámicos, incluyendo psicoterapia psicodinámica individual, terapia grupal basada en la mentalización, manejo clínico y elementos de la DBT como mindfulness y entrenamiento en habilidades.

3.1.2. Características de los estudios

En este apartado se describen las características de los estudios en cuanto a diseño, distribución temporal y geográfica, características de los participantes, instrumentos empleados y medidas de resultado principales.

En primer lugar, el diseño de los estudios es en su mayoría cuantitativo (76%), existiendo tres estudios de diseño cualitativo y otros tres de diseño mixto. La mayor parte de las investigaciones son ensayos clínicos aleatorizados (64%). En relación con la distribución geográfica, hay una amplia variabilidad en cuanto a la ubicación de las investigaciones, pero estas se limitan al mundo occidental, estando la mayor concentración de estudios en Países Bajos, Italia, Reino Unido y Dinamarca.

La mayor parte de la muestra de los estudios está conformada por mujeres (84%), con edades comprendidas entre los 18 y 65 años, a excepción de tres investigaciones que incluyen edades inferiores (desde los 14 o 15 años) y un estudio que incluye edades superiores (hasta 74

años). En cuanto a los criterios de inclusión de los participantes, un criterio común a todas las investigaciones fue el diagnóstico de TLP. Mientras que, la gran mayoría tienen como criterio de exclusión el no dominio del idioma, la discapacidad intelectual o un CI por debajo de 80-85, trastornos neurocognitivos, trastorno cerebral orgánico y enfermedades neurológicas. Otro criterio de exclusión común es la comorbilidad con diagnósticos como: abuso o dependencia de sustancias grave o que requiera atención especializada, trastornos psicóticos y trastornos bipolares.

Para el diagnóstico de TLP el instrumento más utilizado por los estudios ha sido el SCID-II. La medida de resultado primaria ha sido, para la mayoría de las investigaciones, los criterios o gravedad del TLP, medidos mediante el BPDSI, el BPFS-C, el ZAN-BPD, el BSL-23 o el PAI-BOR. Entre las medidas de resultado secundarias encontramos: el BSI y el SCL-90 para medir los síntomas psicológicos generales; el BDI para los síntomas depresivos; el IIP para el funcionamiento interpersonal; el DERS para la desregulación emocional; el BIS y el UPPS para la impulsividad; y el TAS para la alexitimia. El resto de los instrumentos se encuentran detallados en el anexo 2.

3.1.3. Eficacia de las intervenciones psicológicas

Terapia Basada en la Mentalización (MBT)

La literatura revela que la Terapia Basada en la Mentalización es eficaz para disminuir los síntomas y las características del TLP (Bateman et al., 2021; Beck et al., 2020; Carrera et al., 2018; Jorgensen et al., 2021; Laurensen et al., 2018; Löf et al., 2018; Smits et al., 2020), pero también para mejorar otras variables como son: el malestar psicológico o síntomas psicopatológicos generales (Carrera et al., 2018; Jorgensen et al., 2021; Kvarstein et al., 2019; Laurensen et al., 2018; Löf et al., 2018; Smits et al., 2020) y los síntomas depresivos (Beck et al., 2020; Laurensen et al., 2018); reducir las conductas autolesivas y los intentos de suicidio (Bateman et al., 2021; Beck et al., 2020; Carlyle et al., 2020; Carrera et al., 2018; Löf et al., 2018; Smits et al., 2020); mejorar el funcionamiento interpersonal (Bateman et al., 2021; Beck et al., 2020; Carrera et al., 2018; Jorgensen et al., 2021; Kvarstein et al., 2019; Laurensen et al., 2018; Smits et al., 2020), el funcionamiento psicosocial (Carrera et al., 2018; Jorgensen et al., 2021; Kvarstein et al., 2019) y la calidad de vida (Laurensen et al., 2018; Smits et al., 2020); reducir el uso de servicios de salud mental (Bateman et al., 2021; Carrera et al., 2018) y mejorar la capacidad de mentalización (Carrera et al., 2018; Löf et al., 2018). También se observa, en menor medida, eficacia de la MBT para reducir las conductas agresivas (Carrera et

al., 2018), mejorar la alexitimia, la autoimagen (Löf et al., 2018) y el funcionamiento de la personalidad (Kvarstein et al., 2019; Smits et al., 2020) y reducir el uso de medicación (Bateman et al., 2021).

Estos hallazgos concuerdan con los resultados de los estudios cualitativos de Gardner et al. (2020) y Hestbaek et al. (2022), en los cuales los participantes hablan sobre las mejoras experimentadas y percibidas subjetivamente en: síntomas de TLP, regulación emocional y control de impulsos (Gardner et al., 2020), mayor aceptación de sí mismos, mejoras en el funcionamiento psicosocial, en la calidad de vida (Hestbaek et al., 2022), en la comunicación y relaciones interpersonales y en la capacidad de mentalización (Gardner et al., 2020; Hestbaek et al., 2022). Estas mejoras son mantenidas en el tiempo, como se puede ver en los estudios que evalúan el seguimiento, como son el de: Carrera et al. (2018) y Jorgensen et al. (2021), con 12 meses de seguimiento; Laurensen et al. (2018), con 18 meses; y Bateman et al. (2021), con hasta 8 años de seguimiento.

Todos los estudios concluyen eficacia de la MBT, a excepción de la investigación de Beck et al. (2020) y Jorgensen et al. (2021). Los autores implementan una modalidad de MBT únicamente grupal a una muestra de adolescentes, y pese a que se observa eficacia estadísticamente significativa, esta se consideró clínicamente insignificante, con remisiones modestas del diagnóstico de TLP.

Por otro lado, no está clara la superioridad de MBT frente a otras modalidades de tratamiento. En los ensayos clínicos en los que se compara la eficacia de dos intervenciones distintas, los resultados varían: mientras que los estudios de Bateman et al. (2021) y Kvarstein et al. (2019) muestran superioridad de la MBT frente a la gestión clínica estructurada (SCM) y la terapia psicodinámica respectivamente, los estudios de Beck et al. (2020), Carlyle et al. (2020), Jorgensen et al. (2021) y Laurensen et al. (2018), no pueden concluir que una modalidad de tratamiento sea más efectiva que la otra, al compararlo con la gestión clínica estructurada (ETCM, en Carlyle et al., 2020) y la atención clínica estándar (TAU) (Beck et al., 2020; Jorgensen et al., 2021; Laurensen et al., 2018). Esto se puede deber a las diferencias en objetivos y métodos de los estudios: Bateman y Kvarstein evalúan la eficacia a largo plazo (8 y 3 años, respectivamente); los estudios de Beck y Jorgensen aplican únicamente MBT grupal, cuyos resultados de eficacia del tratamiento se ven limitados; el estudio de Carlyle evalúa únicamente los resultados en la dimensión autolítica; y el tratamiento control de Laurensen se aleja mucho de TAU y SCM, incluyendo intervenciones basadas en la evidencia adaptadas a las

necesidades individuales de los pacientes, esto incluía terapia de regulación emocional, terapia dialéctico conductual y terapia cognitiva individual, entre otros.

En cuanto al formato, duración y abandono del tratamiento: todos los estudios implementan MBT de forma ambulatoria, a excepción del estudio de Laurensen et al. (2018) que emplea la MBT en un hospital de día, y el estudio de Smits et al. (2020) que emplea ambos formatos y compara su efectividad. Los resultados de superioridad en este estudio no son concluyentes, pero sí parece observarse una tendencia del formato de hospital de día a ser más efectivo. La duración del tratamiento MBT se encuentra para casi todos los estudios en el rango de 10 a 19 meses, con dos excepciones: el estudio de Hestbaek et al. (2022) que aplica MBT a corto plazo, con una duración de 20 semanas; y la investigación de Kvarstein et al. (2019), con una duración de 36 meses. Finalmente, hay unos pocos estudios que evalúan las tasas de abandono de MBT, siendo estas del 12% en los estudios de Löf et al. (2018) y Smits et al. (2020), del 39% en Laurensen et al. (2018) y del 56% en Beck et al. (2020) y Jorgensen et al. (2021).

Terapia de Esquemas (ST)

La Terapia de Esquemas es eficaz a la hora de disminuir la gravedad y los síntomas del TLP (Arntz et al., 2022; Hilden et al., 2021; Khasho et al., 2023); reducir las tendencias e intenciones suicidas (Arntz et al., 2022); disminuir el malestar psicológico general (Khasho et al., 2023) y los síntomas de ansiedad y depresión (Hilden et al., 2021), aumentando la felicidad (Arntz et al., 2022); reducir el consumo de alcohol, mejorar el funcionamiento general (Hilden et al., 2021), el ajuste sociolaboral (Arntz et al., 2022) y en parte el funcionamiento de la personalidad, aumentando la integración de la identidad (Khasho et al., 2023). En cuanto a mejoras en la calidad de vida, Arntz et al. (2022) encuentran resultados a favor pero Khasho et al. (2023) no concluyen lo mismo.

Además, como era de esperar, la ST fue eficaz en el cambio de los modos de esquema (Arntz et al., 2022; Hilden et al., 2021), disminuyendo los esquemas desadaptativos (Hilden et al., 2021; Khasho et al., 2023) y la credibilidad de las creencias centrales negativas (Khasho et al., 2023).

Los estudios cualitativos revelan que los pacientes percibían mejoras en gestión y conexión emocional, junto con una mayor percepción (Hilden et al., 2021; Tan et al., 2018), mayor flexibilidad cognitiva y mayor confianza y compasión con uno mismo (Tan et al., 2018).

Dos de los cuatro estudios sobre eficacia de la terapia de esquemas evalúan la superioridad de esta frente a otras modalidades de tratamiento. La modalidad de tratamiento con la que se comparó ST fue TAU, tratamiento que variaba mucho según el centro y el individuo tratado, por ejemplo, en ambos estudios hubo pacientes que recibieron terapia dialéctico conductual. Los resultados varían: mientras que Arntz et al. (2022) concluyen superioridad de ST frente a TAU, Hilden et al. (2021) no encuentra diferencias significativas entre tratamientos. Esto puede explicarse de manera que, en la investigación de Arntz et al. (2022) la eficacia de la ST se debe en gran parte a la modalidad combinada individual y grupal (IGST), mientras que cuando se comparaba únicamente la modalidad grupal (PGST) con TAU, en varias medidas las diferencias no eran significativas. Hilden et al. (2021) aplican en su estudio una terapia de esquemas grupal, sin modalidad individual, y no observan diferencias significativas entre PGST y TAU, lo que concordaría con los resultados del estudio anterior.

Se podría concluir por tanto que la terapia de esquemas es eficaz para tratar el TLP y su eficacia aumenta cuando se combinan sesiones individuales con sesiones grupales. A favor de este hallazgo, los participantes del estudio de Tan et al., (2018) también percibían que era necesario combinar ST grupal con individual. Además, Arntz et al. (2022) encuentran que la modalidad combinada de la ST presentaba mayor adherencia al tratamiento que la modalidad grupal.

En cuanto al formato, duración y abandono del tratamiento: todos los estudios aplican ST en formato ambulatorio. La duración del tratamiento es heterogénea, siendo de 5 meses en Hilden et al., (2021), de 12 meses en Khasho et al. (2023), de 12 a 24 meses en Tan et al., (2018) y de 24 meses en Arntz et al. (2022). Por último, las tasas de abandono de la muestra son del 0% en los estudios de Khasho et al. (2023) y Tan et al. (2018), del 15% en el estudio de Hilden et al. (2021), referente a la PGST, y del 26% en IGST y el 38% en PGST en la investigación de Arntz et al. (2022).

Terapia Cognitivo Conductual (CBT)

Como se explicó anteriormente, las terapias CBT empleadas varían mucho entre sí. El principal hallazgo es la eficacia de la CBT en la reducción de los síntomas límite (Martin & Del-Monte, 2022; Sauer-Zavala et al., 2023). Bernard & Walburg (2020) encuentran resultados positivos de una intervención grupal cognitivo-emocional en mejoras de los síntomas ansiosos y depresivos, la impulsividad, la alexitimia, las dificultades de regulación emocional y el

empleo de estrategias adaptativas y no desadaptativas, como son una mayor aceptación de las emociones, reevaluación positiva y perspectiva, y menor tendencia a culpar a los demás y a rumiar sobre las experiencias negativas. Martin & Del-Monte (2022), al aplicar el protocolo ECCCLORE, observan una reducción significativa de la sintomatología límite general, la impulsividad, la ira y agresión, la desesperanza y depresión y el riesgo de suicidio. Por último, Sauer-Zavala et al. (2023) emplean el tratamiento BPD Compass y obtienen reducciones en los síntomas TLP, tanto calificados como autoinformados, y mejoras en las dimensiones de la personalidad “neuroticismo” y “responsabilidad”. En este estudio además, los participantes expresan mejoras en flexibilidad cognitiva, en aceptación y tolerancia de las emociones y en la capacidad de controlar las conductas desadaptativas.

Estos estudios hacen comparaciones con otros tratamientos, Bernard & Walburg (2020) con una intervención individual cognitivo-conductual clásica, centrada en psicoeducación y conciencia emocional; Martin & Del-Monte (2022) con TAU, basada en asesoramiento y asistencia a grupos de apoyo; y Sauer-Zavala et al. (2023) con un grupo sin tratamiento en lista de espera. En todos los estudios se muestra superioridad del tratamiento experimental, aunque cabe destacar que tanto CBT clásica como TAU se mostraron eficaces para tratar el TLP. La intervención grupal cognitivo-emocional fue superior a CBT clásica en: regulación emocional, uso de estrategias de regulación adaptativas, alexitimia e impulsividad (Bernard & Walburg, 2020). Por otro lado, a pesar de que ECCCLORE era más efectivo que TAU al finalizar el tratamiento, en el seguimiento de un año las diferencias dejaron de ser significativas (Martin & Del-Monte, 2022). Finalmente, BPD Compass es superior al grupo sin tratamiento en mejorar los síntomas TLP y el neuroticismo (Sauer-Zavala et al., 2023).

El formato de tratamiento difiere en los estudios, siendo uno ambulatorio (Sauer-Zavala et al., 2023), otro de hospital de día (Martin & Del-Monte, 2022) y otro de hospital interno (Bernard & Walburg, 2020). La duración del tratamiento en estos programas cognitivo-conductuales es más bien breve, de 2 meses en Bernard & Walburg (2020), 6 meses en Martin & Del-Monte (2022) y 7 meses en Sauer-Zavala et al. (2023). La tasa de abandono del tratamiento se menciona únicamente en el estudio de Sauer-Zavala et al. (2023), siendo esta del 46%.

Terapia Metacognitiva Interpersonal (MIT)

La Terapia Metacognitiva Interpersonal se muestra eficaz en la mejora de los síntomas límite, la desregulación emocional, el estado psicopatológico general, el funcionamiento interpersonal, los sentimientos de vacío, la imagen sobre uno mismo y el actuar de acuerdo a los deseos y objetivos personales (Rossi et al., 2023; Salvatore et al., 2021). El estudio de Rossi et al. (2023) encuentra además beneficios en la sintomatología depresiva, la impulsividad, las dimensiones psicopatológicas de la personalidad, las funciones metacognitivas, la alexitimia, y la reducción de la activación de la amígdala derecha ante los estímulos negativos y neutros.

En este último estudio se compara MIT con SCM, mostrando superioridad de MIT en el aumento de las funciones metacognitivas, la disminución de la impulsividad y la reducción de las dimensiones psicopatológicas de la personalidad. Por otro lado, SCM resulta más eficaz en la mejora de los síntomas de TLP, esto puede deberse a que SCM es más específico para el TLP que la MIT, la cual se centra más en las disfunciones generales de la personalidad (Rossi et al., 2023).

En cuanto a las características del tratamiento, el formato de la MIT fue ambulatorio, su duración fue de 12 meses (Rossi et al., 2023) y de 18 meses (Salvatore et al., 2021) y el abandono del tratamiento fue del 27% en el estudio de Rossi et al. (2023).

Terapia Icónica (IT)

Hurtado-Santiago et al. (2022) realizan un ensayo clínico aleatorizado con el fin de analizar la efectividad de un tratamiento de 10 semanas basado en la terapia icónica en jóvenes TLP hospitalizados que presentaban conducta suicida. Para ello, comparan esta modalidad de tratamiento con una intervención de apoyo psicológico. Los autores encuentran que la terapia icónica fue efectiva en la reducción de los síntomas límite, la ideación suicida y la inadaptación a la vida diaria, manteniéndose estos efectos hasta 12 meses después. En cuanto a la superioridad de la terapia icónica frente a la intervención de apoyo, no hay resultados concluyentes: tras el tratamiento las diferencias entre grupos no son significativas, sin embargo, en el seguimiento se observa cierta superioridad de la terapia icónica para la reducción de los síntomas TLP y la inadaptación a la vida diaria. Además, esta terapia se relacionaba con mayor satisfacción de los participantes con el tratamiento al final de este y con menor tasa de abandono, siendo esta del 15%.

Terapia Interpersonal (IPT)

Bozzatello & Bellino (2020) aplican una psicoterapia interpersonal adaptada al TLP en pacientes ambulatorios y evalúan su eficacia comparándola con un grupo de pacientes en lista de espera que recibían manejo clínico. La terapia interpersonal presentó una tasa de abandono del 13.6% y se mostró efectiva en la mejora de la gravedad de la psicopatología general y de la gravedad y frecuencia de los síntomas TLP, en la reducción de la impulsividad y de las autolesiones y en el aumento del funcionamiento social. No fue efectiva en la reducción de las conductas agresivas, pudiendo explicarse por las puntuaciones inicialmente bajas de los participantes. Al comparar la superioridad de la terapia interpersonal frente al manejo clínico, la primera fue más eficaz en la reducción de la gravedad de la psicopatología general, en la mejora del funcionamiento social y ocupacional y en la disminución de los síntomas globales del TLP y de dominios específicos de este como son el descontrol conductual impulsivo, la alteración interpersonal y la difusión de la identidad. Por el contrario, no se mostró superior en la reducción de conductas autolesivas y agresivas.

Terapia Analítica Cognitiva (CAT)

Kellett et al. (2021) en su estudio, tratan de evaluar la efectividad de la terapia analítica cognitiva en una paciente con TLP, para ello, aplican un diseño A/B/A/B, en el que se aplica una retirada del tratamiento temporal, con el fin de preparar a la paciente para la finalización de la terapia. CAT se aplicó en formato ambulatorio y su duración fue de casi 2 años, incluyendo el seguimiento. La intervención fue parcialmente efectiva, se dieron efectos positivos en la primera fase del tratamiento, con mejoras en síntomas límites, síntomas depresivos y en el funcionamiento interpersonal, pero hubo un deterioro desde la segunda fase de tratamiento hasta el seguimiento, indicando que CAT no preparó adecuadamente a la paciente para la terminación de la terapia. Sí se mantuvieron cambios significativos en la gravedad psicopatológica global y se vieron efectos en la reducción del odio hacia uno mismo y en la mejora del sentido de uno mismo.

STEPPS

El estudio de Black et al. de 2018 aborda la eficacia del programa “Entrenamiento en Sistemas para la Predictibilidad Emocional y la Resolución de Problemas” aplicándolo a dos muestras diferentes de individuos con TLP, una muestra clínica ambulatoria y una muestra de un sistema correccional. La duración de dicho programa fue de 20 semanas. Los resultados de

este estudio muestran eficacia de STEPPS para el tratamiento de los síntomas generales del TLP y específicamente para tratar los síntomas de paranoia, los sentimientos de vacío crónico, la impulsividad, la mejora en las relaciones interpersonales y el tomar medidas para evitar problemas. STEPPS fue superior a TAU en todas estas medidas y en las puntuaciones globales del BEST y del ZAN-BPD, que miden, respectivamente, la gravedad del TLP y los síntomas límites.

Terapia Integradora

Wrege et al. (2021) emplean un programa de tratamiento hospitalario estandarizado a corto plazo, con una duración de 12 semanas, que integra elementos cognitivo-conductuales y psicodinámicos, y evalúan la eficacia de este en pacientes con TLP y la relación entre la mejora sintomática y la impulsividad. Los autores encuentran eficacia del tratamiento en la reducción de la psicopatología de los pacientes, manteniéndose estos efectos hasta un año después. Se observa que la impulsividad autoinformada predecía el curso del tratamiento. La impulsividad previa no parecía influir en la mejora sintomática durante y tras el tratamiento, pero sí influía durante el seguimiento de un año: los pacientes con mayor impulsividad previa, concretamente impulsividad atencional y motora, presentaban mayor aumento de la sintomatología tras el alta, y esto no ocurría igual en aquellos con niveles bajos y moderados de impulsividad.

3.1.4. Variables que influyen en la eficacia de las intervenciones

Se han tratado de identificar variables que influyen en la eficacia de las distintas intervenciones en el tratamiento del TLP.

Los estudios cualitativos realizados sobre la MBT y la ST nos permiten determinar aquellas variables que los participantes consideran como relevantes y que tienen la capacidad de interferir en el tratamiento. Se destacaron como factores importantes la calidad de la relación terapéutica, concretamente una relación terapéutica positiva, y la identificación o sentimiento de pertenencia con el grupo cuando la terapia incluía una modalidad grupal (Gardner et al., 2020; Hestbaek et al., 2022; Hilden et al., 2021; Tan et al., 2018).

La edad parece ser un factor predictor. Bateman et al. (2021) encuentran mejores resultados globales en personas más jóvenes y lo mismo ocurre en el estudio de Löf et al. (2018) para los resultados en reducción de la autolesión. Esto podría coincidir con los hallazgos de Kellet et al. (2021), que sugieren que una intervención más tardía conllevaría peores resultados.

La gravedad de los síntomas presenta resultados diversos. Löff et al. (2018) encuentran que la gravedad de los síntomas límite no influía en los resultados. Por otro lado, Wrege et al. (2021) sí observan un efecto predictor de la impulsividad de los individuos previa al tratamiento en el curso del TLP, concretamente encuentran que las personas con mayor impulsividad tienen peores resultados a largo plazo.

La duración del tratamiento en su globalidad no parece influir en la eficacia de los resultados. Aunque la mayoría de las intervenciones tengan duraciones de 1 a 2 años, aquellas más breves presentan resultados igualmente efectivos. No obstante, esta observación debe considerarse en el contexto específico de cada tipo de terapia, teniendo en cuenta sus distintos módulos y objetivos.

Por último, se sugiere que una mayor estructuración del tratamiento se relacionaría con mayor adherencia a este (Beck et al., 2020; Laurensen et al., 2018).

3.2. DISCUSIÓN

La presente revisión tenía de objetivo analizar la literatura científica más reciente para identificar y evaluar enfoques terapéuticos psicológicos efectivos en el tratamiento del TLP. Se incluyeron un total de 25 estudios que abarcan una variedad de enfoques terapéuticos, entre los cuales se incluyen el terapia basada en la mentalización, la terapia de esquemas, la terapia cognitivo-conductual, la terapia metacognitiva interpersonal, la terapia icónica, la terapia interpersonal, la terapia analítica cognitiva, el programa STEPPS y una terapia integradora. Destaca la preponderancia de la MBT, que representa casi la mitad de la muestra de estudios.

Las diversas terapias examinadas han demostrado ser efectivas en el tratamiento del TLP, presentando resultados positivos en una amplia gama de variables, hallazgo que concuerda con los resultados de los metaanálisis previos de Cristea et al. (2017) y Oud et al. (2018). Se hallaron mejoras significativas en: gravedad del TLP, conductas autolesivas e intentos de suicidio, malestar psicológico general, síntomas ansiosos y depresivos, funcionamiento interpersonal y psicosocial, regulación emocional, alexitimia e impulsividad, entre otros. Es importante señalar que, si bien la gran mayoría de los tratamientos se han mostrado eficaces para tratar el TLP, dichos resultados se observaron dentro de las condiciones específicas de cada estudio, por lo que se debe tener precaución a la hora de generalizar estos hallazgos a las otras poblaciones dentro del TLP. La única terapia que no mostró una efectividad clara fue la CAT, un único estudio concluyó que su eficacia era parcial, mostrando beneficios solo en la gravedad psicopatológica global y la percepción de uno mismo. Estos resultados concuerdan con la

controversia general sobre la efectividad de la CAT en el tratamiento del TLP (Rodríguez-Moya & Fernández-Belinchón, 2013). De entre todas las terapias, destaca la MBT como protagonista, con mayor cantidad de estudios que respaldan su eficacia, que pese a su heterogeneidad en cuanto a condiciones, modalidad y muestra, es consistente en sus hallazgos de efectividad. Por otro lado, los resultados parecen indicar que las modalidades de tratamiento grupales de la ST y la MBT son menos eficaces que las modalidades combinadas de las mismas terapias, aunque se requiere más investigación al respecto.

En relación con los hallazgos de superioridad, en líneas generales, la evidencia no resulta concluyente. Es importante señalar que, los tratamientos control que se emplean en los estudios son predominantemente la gestión clínica estructurada (SCM) y la atención clínica estándar (TAU). Recientemente está surgiendo evidencia creciente de la efectividad de estos tipos de intervención, menos intensivas y especializadas, en el tratamiento del TLP, lo que aumenta la controversia sobre la existencia de superioridad de las terapias especializadas (Finch et al., 2019; Gunderson, 2016). De acuerdo con esto, en la presente revisión, tanto TAU como SCM se muestran en su mayoría eficaces para gran variedad de resultados, como los síntomas límite y la psicopatología general, y al tratar de evaluar la superioridad de unos tratamientos sobre otros, los resultados son altamente heterogéneos, posiblemente por las diferentes condiciones de los estudios, impidiendo concluir hallazgos de superioridad. Cabe destacar las diferencias pueden deberse también a las múltiples formas que puede adoptar TAU. Cristea et al. (2017) proponen que las diferencias de resultados entre tratamientos pueden deberse más bien a si las intervenciones están estructuradas y manualizadas que a la intensidad y duración de estas. Relacionado con esto último, nuestro estudio tampoco encuentra diferencias en eficacia en función de la duración del tratamiento.

Estos resultados ponen de manifiesto la gran variedad de enfoques psicoterapéuticos eficaces que pueden implementarse en el tratamiento del TLP. Finch et al. (2019) y Gunderson (2016) sugieren inicialmente aplicar un tratamiento generalista o la atención básica a todos los individuos TLP y, únicamente en caso de que la intervención fracase, derivar a los pacientes a tratamientos especialistas. Por otro lado, Oud et al. (2018) y Choi-Kain et al. (2017) sugieren aplicar los tratamientos especializados a aquellos pacientes más graves y dejar la atención generalista para el TLP menos complejo.

En otro orden de ideas, se trataron de identificar factores que influyeran en la eficacia de las intervenciones para el TLP en su conjunto. Se encontraron como variables importantes

la relación terapéutica positiva, ampliamente respaldada por la literatura previa (McMain et al., 2015), el sentido de pertenencia al grupo en el formato de intervención grupal, los síntomas de impulsividad y finalmente la edad, siendo los participantes más jóvenes los que experimentan mayores beneficios, resaltando la importancia de la intervención temprana.

4. CONCLUSIONES

La presente revisión nos brinda una visión actualizada de las intervenciones utilizadas en el tratamiento del trastorno límite de personalidad y de la efectividad de las mismas, identificando a su vez tendencias emergentes y áreas que requieren una mayor exploración. Este trabajo no se limita a un único enfoque, sino que incorpora diversos abordajes terapéuticos aplicados en variedad de contextos y poblaciones en los que se manifiesta el TLP, enriqueciendo así la comprensión global de su tratamiento.

A modo de conclusión, los resultados destacan la diversidad de enfoques terapéuticos existentes, desde enfoques especializados como la terapia basada en la mentalización y la terapia de esquemas, hasta tratamientos no especializados, como la terapia cognitivo conductual y la terapia metacognitiva interpersonal, entre otros, así como los enfoques generalistas y la atención clínica estándar. La MBT constituye la intervención más estudiada y prometedora, presentando consistencia general en sus resultados de eficacia pese a las diferentes condiciones y poblaciones analizadas. Otro hallazgo relevante del presente estudio es que las modalidades grupales de la ST y la MBT parecen ser menos efectivas que las modalidades combinadas (individuales y grupales) de las mismas. La falta de consenso sobre la superioridad de un enfoque específico resalta la complejidad del TLP y la necesidad de abordajes personalizados. Asimismo, subraya la necesidad de considerar más detenidamente la aplicación de tratamientos generalistas, como SCM y ETCM, y de la atención clínica estándar, los cuales muestran resultados generalmente positivos y comparables al resto de tratamientos del TLP. Finalmente, se evidencia la importancia de factores como la calidad de la relación terapéutica, el sentido de pertenencia al grupo, la intervención temprana y la adaptación del tratamiento a las necesidades individuales. Con respecto a esto último, se destaca la viabilidad de aplicar los tratamientos generalistas y la atención básica a los individuos TLP y la posibilidad de complementar el tratamiento principal con intervenciones grupales complementarias.

La presente revisión no está exenta de limitaciones. En primer lugar, es importante señalar que la gran heterogeneidad de las condiciones, diseños y medidas de resultado de los

estudios analizados podría limitar la comparabilidad entre ellos y haber introducido sesgos en la síntesis de los resultados. Las intervenciones implementadas también presentan duraciones variables y se aplican en contextos clínicos y muestras diversas, lo que dificulta la generalización de los hallazgos a las diferentes poblaciones dentro del TLP. Además, algunos de los estudios revisados tienen limitaciones metodológicas específicas, como tamaños de muestra reducidos o carencias en el seguimiento a largo plazo.

En cuanto a posibles direcciones futuras, se recomienda una mayor consideración en la investigación y la práctica clínica de los enfoques generalistas y también una mayor estructuración y estandarización de TAU para que constituya un enfoque efectivo en el tratamiento del TLP. Asimismo, se necesita una investigación más extensa sobre la efectividad las modalidades grupales de la MBT y la ST. Finalmente, se destaca la relevancia de futuras investigaciones orientadas a identificar criterios de selección de tratamiento basados en las necesidades individuales de los pacientes.

Este trabajo proporciona información valiosa para la mejora del tratamiento y por tanto de la calidad de vida de aquellos individuos con TLP. Al destacar tratamientos probados y eficaces, se ofrece un amplio abanico de alternativas de tratamiento, tanto a los individuos afectados como a los profesionales de salud mental que los implementan, proporcionando la posibilidad de aplicar tratamientos generalistas que requieran menor formación y capacitación de los profesionales, haciendo más accesible el tratamiento y aumentando el número de recursos disponibles para las personas con TLP.

En conjunto, esta revisión identifica un amplio abanico de tratamientos efectivos para el TLP más allá de la terapia dialéctico conductual. Se subraya la necesidad de un enfoque integral y flexible en la intervención del TLP que se adapte a las necesidades de cada paciente, abordando su complejidad y amplia gama de manifestaciones clínicas.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez-Tomás, I., Ruiz, J., Guilera, G., & Bados, A. (2019). Long-term clinical and functional course of borderline personality disorder: A meta-analysis of prospective studies. *European Psychiatry*, *56*(1), 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.10.010>
- American Psychiatric Association (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision [DSM-5-TR]*. Washington, DC. American Psychiatric Publishing.
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-de Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of Predominantly Group Schema Therapy and Combined Individual and Group Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, *79*(4), 287-299. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Balsis, S., Zweig, R. A., & Molinari, V. (2015). Personality disorders in later life. En *APA handbook of clinical geropsychology, Vol. 2: Assessment, treatment, and issues of later life* (pp. 79-94). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14459-003>
- Bateman, A., Constantinou, M. P., Fonagy, P., & Holzer, S. (2021). Eight-year prospective follow-up of mentalization-based treatment versus structured clinical management for people with borderline personality disorder. *Personality Disorders*, *12*(4), 291-299. <https://doi.org/10.1037/per0000422>
- Beck, E., Bo, S., Jørgensen, M. S., Gondan, M., Poulsen, S., Storebø, O. J., Fjellerad Andersen, C., Folmo, E., Sharp, C., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2020). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *61*(5), 594-604. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13152>
- Berman, A. L., Silverman, M. M., & Bongar, B. M. (2000). *Comprehensive Textbook of Suicidology*. Guilford Press.
- Bernard, L., & Walburg, V. (2020). Efficacy of a Brief Cognitive-Emotional Group Intervention for Patients with Borderline personality disorder. *Psychologie Francaise*, *65*(3), 185-196. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.psfr.2019.11.001>

- Bernstein, D. P., Cohen, P., Noemi Velez, C., Schwab-Stone, M., Siever, L. J., & Shinsato, L. (1993). Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, *150*(8), 1237-1243.
- Black, D. W., Blum, N., & Allen, J. (2018). STEPPS treatment programme for borderline personality disorder: Which scale items improve? An item-level analysis. *Personality and Mental Health*, *12*(4), 345-354.
<https://doi.org/10.1002/pmh.1431>
- Black, D. W., Blum, N., Pfohl, B., & Hale, N. (2004). Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder: Prevalence, Risk Factors, Prediction, and Prevention. *Journal of Personality Disorders*, *18*(3), 226-239.
<https://doi.org/10.1521/pedi.18.3.226.35445>
- Bozzatello, P., & Bellino, S. (2020). Interpersonal Psychotherapy as a Single Treatment for Borderline Personality Disorder: A Pilot Randomized-Controlled Study. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 578910.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.578910>
- Carlyle, D., Green, R., Inder, M., Porter, R., Crowe, M., Mulder, R., & Frampton, C. (2020). A Randomized-Controlled Trial of Mentalization-Based Treatment Compared With Structured Case Management for Borderline Personality Disorder in a Mainstream Public Health Service. *Frontiers in Psychiatry*, *11*, 561916. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.561916>
- Carrera, S., Pandolfi, G., Cappelletti, J. Y., Padoani, W., & Salcuni, S. (2018). Oriented mentalization-based treatment for borderline personality disorder patients: Preliminary results at Camposampiero Mental Health Center. *Research in Psychotherapy (Milano)*, *21*(3), 336.
<https://doi.org/10.4081/ripppo.2018.336>
- Choi-Kain, L. W., Finch, E. F., Masland, S. R., Jenkins, J. A., & Unruh, B. T. (2017). What Works in the Treatment of Borderline Personality Disorder. *Current Behavioral Neuroscience Reports*, *4*(1), 21-30.
<https://doi.org/10.1007/s40473-017-0103-z>
- Clarke, S., Thomas, P., & James, K. (2013). Cognitive analytic therapy for personality disorder: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, *202*(2), 129-134.
<https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.108670>

- Crawford, M. J., Sanatinia, R., Barrett, B., Cunningham, G., Dale, O., Ganguli, P., Lawrence-Smith, G., Leeson, V., Lemonsky, F., Lykomitrou, G., Montgomery, A. A., Morriss, R., Munjiza, J., Paton, C., Skorodzien, I., Singh, V., Tan, W., Tyrer, P., & Reilly, J. G. (2018). The Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Lamotrigine in Borderline Personality Disorder: A Randomized Placebo-Controlled Trial. *American Journal of Psychiatry*, *175*(8), 756-764. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17091006>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, *74*(4), 319-328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- D'Agostino, A., Rossi Monti, M., & Starcevic, V. (2018). Models of borderline personality disorder: Recent advances and new perspectives. *Current Opinion in Psychiatry*, *31*(1), 57-62. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000374>
- Del Casale, A., Bonanni, L., Bargagna, P., Novelli, F., Fiaschè, F., Paolini, M., Forcina, F., Anibaldi, G., Cortese, F. N., Iannuccelli, A., Adriani, B., Brugnoli, R., Girardi, P., Paris, J., & Pompili, M. (2021). Current Clinical Psychopharmacology in Borderline Personality Disorder. *Current Neuropharmacology*, *19*(10), 1760-1779. <https://doi.org/10.2174/1570159X19666210610092958>
- Elices, M., & Cordero, S. (2011). Terapia dialéctico conductual para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Psicología, conocimiento y sociedad*, *1*(3), 132-152.
- Ellison, W. D., Rosenstein, L. K., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2018). Community and Clinical Epidemiology of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 561-573. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.008>
- Finch, E. F., Iliakis, E. A., Masland, S. R., & Choi-Kain, L. W. (2019). A meta-analysis of treatment as usual for borderline personality disorder. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, *10*(6), 491-499. <https://doi.org/10.1037/per0000353>
- Fonagy, P., Luyten, P., & Bateman, A. (2017). Treating Borderline Personality Disorder With Psychotherapy: Where Do We Go From Here? *JAMA Psychiatry*, *74*(4), 316-317. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4302>

- Gardner, K. J., Wright, K. M., Elliott, A., Graham, S., & Fonagy, P. (2020). The weirdness of having a bunch of other minds like yours in the room: The lived experiences of mentalization-based therapy for borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 572-586. <https://doi.org/10.1111/papt.12243>
- Gunderson, J. G. (2011). Ten-Year Course of Borderline Personality Disorder: Psychopathology and Function From the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Archives of General Psychiatry*, 68(8), 827. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.37>
- Gunderson, J. G. (2016). The Emergence of a Generalist Model to Meet Public Health Needs for Patients With Borderline Personality Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 173(5), 452-458. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2015.15070885>
- Gunderson, J. G., & Lyons-Ruth, K. (2008). BPD's Interpersonal Hypersensitivity Phenotype: A Gene-Environment-Developmental Model. *Journal of Personality Disorders*, 22(1), 22-41. <https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.22>
- Gunderson, J., Masland, S., & Choi-Kain, L. (2018). Good psychiatric management: A review. *Current Opinion in Psychology*, 21, 127-131. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.12.006>
- Hestbæk, E., Hasselby-Andersen, M., Juul, S., Beier, N., & Simonsen, S. (2022). Mentalizing the patient-Patient experiences with short-term mentalization-based therapy for borderline personality disorder: A qualitative study. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 1088872. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.1088872>
- Hilden, H.-M., Rosenström, T., Karila, I., Elokorpi, A., Torpo, M., Arajärvi, R., & Isometsä, E. (2021). Effectiveness of brief schema group therapy for borderline personality disorder symptoms: A randomized pilot study. *Nordic Journal of Psychiatry*, 75(3), 176-185. <https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1826050>
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., & Zanarini, M. C. (2012). Hyperbolic temperament and borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 6(1), 22-32. <https://doi.org/10.1002/pmh.158>
- Hurtado-Santiago, S., Guzmán-Parra, J., Mayoral, F., & Bersabé, R. M. (2022). Iconic Therapy for the reduction of borderline personality disorder symptoms among suicidal youth: A preliminary study. *BMC Psychiatry*, 22(1), 224. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03862-x>

- Iliakis, E. A., Ilagan, G. S., & Choi-Kain, L. W. (2021). Dropout rates from psychotherapy trials for borderline personality disorder: A meta-analysis. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 193-206. <https://doi.org/10.1037/per0000453>
- Jørgensen, M. S., Storebø, O. J., Bo, S., Poulsen, S., Gondan, M., Beck, E., Chanen, A. M., Bateman, A., Pedersen, J., & Simonsen, E. (2021). Mentalization-based treatment in groups for adolescents with Borderline Personality Disorder: 3- and 12-month follow-up of a randomized controlled trial. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(5), 699-710. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01551-2>
- Kellett, S., Bennett, D., Ryle, T., & Thake, A. (2013). Cognitive Analytic Therapy for Borderline Personality Disorder: Therapist Competence and Therapeutic Effectiveness in Routine Practice. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20(3), 216-225. <https://doi.org/10.1002/cpp.796>
- Kellett, S., Gausden, J., & Gaskell, C. (2021). The effectiveness of cognitive analytic therapy for borderline personality disorder: Utilizing a withdrawal experimental design to improve sensitivity to abandonment. *Psychology and Psychotherapy*, 94 Suppl 1, 96-119. <https://doi.org/10.1111/papt.12278>
- Khasho, D. A., van Alphen, S. P. J., Ouwens, M. A., Arntz, A., Heijnen-Kohl, S. M. J., & Videler, A. C. (2023). The effectiveness of individual schema therapy in older adults with borderline personality disorder: A multiple-baseline case series design. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2900>
- Kliem, S., Kröger, C., & Kosfelder, J. (2010). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder: A meta-analysis using mixed-effects modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(6), 936-951. <https://doi.org/10.1037/a0021015>
- Kröger, C., Harbeck, S., Armbrust, M., & Kliem, S. (2013). Effectiveness, response, and dropout of dialectical behavior therapy for borderline personality disorder in an inpatient setting. *Behaviour Research and Therapy*, 51(8), 411-416. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.04.008>
- Kvarstein, E. H., Pedersen, G., Folmo, E., Urnes, Ø., Johansen, M. S., Hummelen, B., Wilberg, T., & Karterud, S. (2019). Mentalization-based treatment or psychodynamic treatment programmes for patients with borderline personality disorder—The impact of clinical severity. *Psychology and Psychotherapy*, 92(1), 91-111. <https://doi.org/10.1111/papt.12179>

- Labbé-Arocca, N., Castillo-Tamayo, R., Steiner-Segal, V., Careaga-Díaz, C., Labbé-Arocca, N., Castillo-Tamayo, R., Steiner-Segal, V., & Careaga-Díaz, C. (2020). Diagnóstico De La Organización De La Personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 372-383. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272020000400372>
- Laurensen, E. M. P., Luyten, P., Kikkert, M. J., Westra, D., Peen, J., Soons, M. B. J., van Dam, A.-M., van Broekhuizen, A. J., Blankers, M., Busschbach, J. J. V., & Dekker, J. J. M. (2018). Day hospital mentalization-based treatment v. specialist treatment as usual in patients with borderline personality disorder: Randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 48(15), 2522-2529. <https://doi.org/10.1017/S0033291718000132>
- Löf, J., Clinton, D., Kaldo, V., & Rydén, G. (2018). Symptom, alexithymia and self-image outcomes of Mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: A naturalistic study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1699-6>
- Martin, S., & Del-Monte, J. (2022). Just try it: Preliminary results of a six-month therapy for borderline personality disorder. *Personality and Mental Health*, 16(4), 338-349. <https://doi.org/10.1002/pmh.1555>
- McMain, S. F., Boritz, T. Z., & Leybman, M. J. (2015). Common strategies for cultivating a positive therapy relationship in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychotherapy Integration*, 25(1), 20-29. <https://doi.org/10.1037/a0038768>
- Monteserín, M. (2010). Teoría del apego. Revisión conceptual y biológica en relación con los trastornos de la personalidad [Fonagy, P. y col., 2010]. *Revista Aperturas Psicoanalíticas*. Recuperado el 8 de enero de 2024, de <https://aperturas.org/articulo.php?articulo=0000752&a=Teoria-del-apego-Revision-conceptual-y-biologica-en-relacion-con-los-trastornos-de-la-personalidad>
- Monti, M. R., & D'Agostino, A. (2019). Dysphoria in Borderline Persons. En G. Stanghellini, M. Broome, A. Raballo, A. V. Fernandez, P. Fusar-Poli, & R. Rosfort (Eds.), *The Oxford Handbook of Phenomenological Psychopathology* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780198803157.013.78>

- Morton, J., Snowdon, S., Gopold, M., & Guymmer, E. (2012). Acceptance and Commitment Therapy Group Treatment for Symptoms of Borderline Personality Disorder: A Public Sector Pilot Study. *Cognitive and Behavioral Practice, 19*(4), 527-544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- O'Connell, B., & Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 21*(6), 518-525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11a ed.)*. [ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics \(who.int\)](https://www.who.int/classifications/icd-11)
- Oud, M., Arntz, A., Hermens, M. L., Verhoef, R., & Kendall, T. (2018). Specialized psychotherapies for adults with borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry, 52*(10), 949-961. <https://doi.org/10.1177/0004867418791257>
- Paris, J. (2019). Suicidality in Borderline Personality Disorder. *Medicina, 55*(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Pérez, L. (2011). Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay, 75*(1), 20-25.
- Reichl, C., & Kaess, M. (2021). Self-harm in the context of borderline personality disorder. *Current Opinion in Psychology, 37*, 139-144. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.12.007>
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E. M., Fresán, A., Vargas, A. N., Barragán, S. C., Robles García, R., & Arango, I. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 93*(3), 474-489. <https://doi.org/10.1111/papt.12240>
- Ripoll, L. H. (2013). Psychopharmacologic treatment of borderline personality disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 15*(2), 213-224. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2013.15.2/lripoll>

- Rodríguez-Moya, L., & Fernández-Belinchón, C. (2013). Psicoterapia cognitivo analítica y trastornos de la personalidad: Revisión [Cognitive analytic psychotherapy and personality disorders: review]. *Acción Psicológica*, *10*(1), 65-74. <https://doi.org/10.5944/ap.10.1.7034>
- Rossi, R., Corbo, D., Magni, L. R., Pievani, M., Nicolò, G., Semerari, A., Quattrini, G., Riccardi, I., Colle, L., Conti, L., Gasparotti, R., Macis, A., Ferrari, C., Carcione, A., & CLIMAMITHE study group. (2023). Metacognitive interpersonal therapy in borderline personality disorder: Clinical and neuroimaging outcomes from the CLIMAMITHE study-A randomized clinical trial. *Personality Disorders*, *14*(4), 452-466. <https://doi.org/10.1037/per0000621>
- Salvatore, G., Bianchi, L., Buonocore, L., Disturco, N., Macbeth, A., Manfredi, N., Ottavi, P., Popolo, R., Proto, M. G., & Dimaggio, G. (2021). Metacognitive Interpersonal Therapy for Borderline Personality Disorder: A Single Case Study. *Clinical Case Studies*, *20*(1), 56-74. Scopus. <https://doi.org/10.1177/1534650120960234>
- Sauer-Zavala, S., Southward, M. W., Fruhbauerova, M., Semcho, S. A., Stumpp, N. E., Hood, C. O., Smith, M., Elhusseini, S., & Cravens, L. (2023). BPD compass: A randomized controlled trial of a short-term, personality-based treatment for borderline personality disorder. *Personality Disorders*, *14*(5), 534-544. <https://doi.org/10.1037/per0000612>
- Arenas, I. A. (2008). Variables predictoras de abandono del tratamiento en pacientes con trastorno límite de personalidad. [Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea]. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=157550>
- Shah, R., & Zanarini, M. C. (2018). Comorbidity of Borderline Personality Disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, *41*(4), 583-593. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.009>
- Smits, M. L., Feenstra, D. J., Eeren, H. V., Bales, D. L., Laurensen, E. M. P., Blankers, M., Soons, M. B. J., Dekker, J. J. M., Lucas, Z., Verheul, R., & Luyten, P. (2020). Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: Multicentre randomised clinical trial. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, *216*(2), 79-84. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.9>

- Soloff, P. H., & Chiappetta, L. (2012). Prospective Predictors of Suicidal Behavior in Borderline Personality Disorder at 6-Year Follow-Up. *American Journal of Psychiatry*, *169*(5), 484-490.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2011.11091378>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Kongerslev, M. T., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sedoc Jørgensen, M., Sales, C. P., Edemann Callesen, H., Pereira Ribeiro, J., Völlm, B. A., Lieb, K., & Simonsen, E. (2022). Psychotherapies for borderline personality disorder: A focused systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, *221*(3), 538-552. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.204>
- Tan, Y. M., Lee, C. W., Averbeck, L. E., Brand-de Wilde, O., Farrell, J., Fassbinder, E., Jacob, G. A., Martius, D., Wastiaux, S., Zarbock, G., & Arntz, A. (2018). Schema therapy for borderline personality disorder: A qualitative study of patients' perceptions. *PloS One*, *13*(11), e0206039.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206039>
- Tomko, R. L., Trull, T. J., Wood, P. K., & Sher, K. J. (2014). Characteristics of Borderline Personality Disorder in a Community Sample: Comorbidity, Treatment Utilization, and General Functioning. *Journal of Personality Disorders*, *28*(5), 734-750. <https://doi.org/10.1521/pepi.2012.26.093>
- Wrege, J. S., Busmann, M., Meyer, A. H., Euler, S., Lang, U. E., & Walter, M. (2021). Impulsiveness in borderline personality disorder predicts the long-term outcome of a psychodynamic treatment programme. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *28*(3), 633-641. <https://doi.org/10.1002/cpp.2526>
- Yalch, M. M., Hopwood, C. J., & Zanarini, M. C. (2015). Hyperbolic Temperament as a Distinguishing Feature Between Borderline Personality Disorder and Mood Dysregulation. En L. W. Choi-Kain & J. G. Gunderson (Eds.), *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy* (pp. 119-132). Springer. https://doi.org/10.1007/978-1-4939-1314-5_7
- Zanarini, M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *120*(5), 373-377. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x>

6. ANEXOS

Anexo 1.

Índice de abreviaturas de la tabla resumen

- AQ12: *Aggression Questionnaire.*
- AUDIT: *Alcohol Use Disorders Identification test.*
- BDI: *Beck Depression Inventory*
- BDI-I: *Beck Depression Inventory-I*
- BDI-II: *Beck Depression Inventory- II.*
- BDI-Y: *Beck's Depression Inventory for Youth.*
- BEST: *Borderline Evaluation of Severity Over Time.*
- BFI-2: *Big Five Inventory-2.*
- BIS: *Barratt Impulsiveness Scale.*
- BIS-11: *Barratt Impulsiveness Scale, version 11.*
- BPDSI: *Borderline Personality Disorder Severity Index.*
- BPDSI-IV: *Borderline Personality Disorder Severity Index, version IV.*
- BPFSC: *Borderline Personality Features Scale for Children.*
- BPFSP: *Borderline Personality Features Scale for Parents.*
- BPQ: *Borderline Personality Questionnaire.*
- BSCL: *Brief Symptom Checklist.*
- BSI: *Brief Symptom Inventory.*
- BSI-18: *Brief Symptom Inventory 18.*
- BSI-GSI: *Brief Symptom Inventory - Global Severity Index.*
- BSL-23: *Borderline Symptom List.*
- CAQ: *Cassel Community Adjustment Questionnaire.*
- CBCL: *Child Behavior Checklist.*
- CBT: *Cognitive Behavioral Therapy (Terapia Cognitivo Conductual).*
- CEPER III: *Exploratory Questionnaire of Personality-III.*
- CEQ: *Satisfaction with therapy.*
- CERQ: *Cognitive-Emotional Regulation Questionnaire.*
- CGAS: *Children's Global Assessment Scale.*
- CGI-S: *Clinical Global Impression Scale, Severity item.*

- CI-BPD: *Childhood Interview for DSMIV Borderline Personality Disorder.*
- CSR: *Clinical Severity Rating.*
- C-SSRS: *Columbia-Suicide Severity Rating Scale.*
- CTQ: *Childhood Trauma Questionnaire.*
- DERS: *Difficulties in Emotion regulation Scale.*
- DIAMOND: *Diagnostic Interview for Anxiety, Mood, and Obsessive-Compulsive and Related Neuropsychiatric Disorders.*
- DSHI-9: *Deliberate Self-Harm Inventory-9.*
- EI: *Escala de Inadaptación.*
- EQ-5D: *EuroQol.*
- EQ-5D-3L: *EuroQol.*
- ETCM: *Enhanced Therapeutic Case Management (Gestión Terapéutica Mejorada de Casos).*
- GAF: *Global Assessment of Functioning.*
- H: *Hopelessness Scale.*
- HADS: *Hospital Anxiety and Depression Scale.*
- HC: *Healthy Controls (Controles Sanos)*
- HoNOS: *Health of the Nation Outcome Scale.*
- IGST: *Individual and Group Schema Therapy (Terapia de Esquemas Individual y Grupal)*
- IIP-32: *Inventory of Interpersonal Problems-32.*
- IIP-47: *Inventory of Interpersonal Problems-47.*
- IIP-64: *Inventory of Interpersonal Problems-64.*
- IIP-C: *Interpersonal Problems-Circumplex version.*
- IPT-BPD: *Interpersonal Psychotherapy adapted for Borderline Personality Disorder patients (Psicoterapia Interpersonal adaptada a pacientes TLP).*
- IT: *Iconic Therapy (Terapia Icónica)*
- KABOSS-S: *Karolinska Borderline And Symptoms Scales.*
- MAI: *Metacognition Assessment Interview.*
- MBT: *Mentalization Based Treatment (Terapia Basada en la Mentalización)*
- MBT-DH: *Mentalization Based Treatment – Day Hospital (Terapia Basada en la Mentalización – Hospital de Día)*

- MBT-IOP: *Mentalization Based Treatment – Intensive Out-Patient* (Terapia Basada en la Mentalización – Ambulatorio Intensivo)
- MINI: *Mini International Neuropsychiatric Interview*.
- MINI-KID: *Mini-International Neuropsychiatric Interview for children and adolescents*.
- MIS: *Mentalization Imbalances Scale*.
- MIT: *Metacognitive Interpersonal Therapy* (Terapia Metacognitiva Interpersonal).
- MMS: *Modes of Mentalization Scale*.
- MMSE: *Mini-Mental State Examination*.
- MOAS: *Modified Overt Aggression Scale*.
- MSI-BPD: *McLean Screening Instrument for BPD*.
- OASIS: *Overall Anxiety Severity and Impairment test*.
- PAI-BOR: *Personality Assessment Inventory-Borderline*.
- PDT: *Psychodynamic Group-based Treatment* (Tratamiento Psicodinámico Grupal)
- PES: *Patient Evaluation Schedule*.
- PGST: *Predominantly Group Schema Therapy* (Terapia de Esquemas Predominantemente Grupal)
- PHQ-9: *Patient Health Questionnaire 9*.
- PID-5: *Personality Inventory for DSM-5*.
- RFQ: *Reflective Functioning Questionnaire*.
- RQ: *Relationship Questionnaire*.
- RTSHIA: *Risk-Taking and Self-Harm Inventory for Adolescents*.
- SASB: *Structural Analysis of Social Behavior*.
- SBQ-R: *Suicidal Behavior Questionnaire-Revised*.
- SCID: *Structured Clinical Interview for DSM-IV*.
- SCID-I: *Structured clinical interview for DSM-IV, axis I*
- SCID-II: *Structured clinical interview for DSM-IV, axis II*.
- SCID-5-P: *Structured Clinical Interview for DSM-5 Personality disorders*.
- SCL-90: *Symptoms Checklist 90*.
- SCL-90-R: *Symptom Checklist-90 Revised*.
- SCM: *Structured Clinical Management* (Gestión Clínica Estructurada).
- SDS: *Sheehan Disability Scale*.

- SHI: *Self Harm Inventory*.
- SI: *psychological Supportive Intervention* (Intervención de Apoyo Psicológico).
- SIPP-SF: *Severity Indices of Personality Problems Short Form*.
- SIS: *Session Impact Scale*.
- SMI: *Schema Mode Inventory*.
- SOFAS: *Social and Occupational Functioning Assessment Scale*.
- SSHI: *Suicide and Self-Harm Inventory*.
- ST: *Schema Therapy* (Terapia de Esquemas).
- S-TAU: *Specialist Treatment As Usual* (Tratamiento Habitual Especializado).
- SUAS-S: *Suicide Assessment Scale, Self-Report*.
- TAS: *Toronto Alexithymia Scale*.
- TAS-20: *Toronto Alexithymia Scale-20*.
- TAU: *Treatment As Usual* (Tratamiento Habitual / atención clínica estándar).
- UPPS-P: *Impulsive Behavior Scale, short version*.
- UPPS-S: *Impulsive Behavior Scale - Short version*.
- WAIS-III: *Wechsler Adult Intelligence Scale-III*.
- WHOQOL-BREF: *World Health Organization Quality of Life Brief Form*.
- WHOQOL-short: *World Health Organization Quality of Life questionnaire*.
- WL/CM: *Waiting List / Clinical Management*. (Lista de Espera / Manejo Clínico)
- WLC: *Wait List Condition* (Condición en Lista de Espera).
- WSAS: *Work and Social Adjustment Scale*.
- YSQ: *Young Schema Questionnaire*
- YSR: *Youth Self-Report*.
- ZAN-BPD: *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder*.
- ZAN-BPD-CR: *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder, Clinician-Rated version*.
- ZAN-BPD-SR: *Zanarini Rating Scale for Borderline Personality Disorder, Self-Report version*.

Anexo 2.

Tabla resumen de los estudios

Autor y año	Diseño	Objetivos	Muestra	Instrumentos	Resultados
Arntz et al., 2022	<p>Estudio cuantitativo. ECA. Doble ciego. Estudio de cohortes.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p> <p>Duración del tto: 2 años.</p> <p>Ubicación: Australia, Alemania, Grecia, Países Bajos y Reino Unido.</p>	<p>Comparar las distintas modalidades de ST (individual, grupal y combinada) con TAU.</p> <p>- ST (IGST + PGST) vs TAU</p> <p>- IGST vs PGST</p> <p>- IGST vs TAU</p> <p>- PGST vs TAU</p>	<p>N= 495 (86.2% M)</p> <p>- TAU: n= 246</p> <p>- PGST: n=125</p> <p>- IGST: n=124</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad entre 18-65 años (x=33.6) • Diagnóstico primario de TLP (SCID-II) • Índice de gravedad superior a 20 en el BPDSI-IV. • Sin trastornos comórbidos. • Sin haber recibido más de 3 meses de ST anteriormente. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • BPDSI-IV para la gravedad del TLP (inicio, 6m, 12m, 18m, 24m y 36m), los criterios (subescalas) y tendencias suicidas y número de intentos (últimos 3m) • BPD checklist y BSI sobre síntomas del TLP. • GAF, SOFAS y WSAS para el funcionamiento y ajuste laboral-social. • WHOQOL-short para la calidad de vida. • YSQ y SMI para el modo de esquema. • “Happiness item” para la felicidad. 	<p>Los resultados muestran que todos los tratamientos fueron eficaces, con tamaños del efecto grandes en el seguimiento de 1 año (al tercer año). La ST combinada grupal e individual es eficaz y superior a TAU para disminuir la gravedad y los síntomas del TLP, reducir las tendencias e intenciones suicidas y mejorar el funcionamiento y ajuste social-laboral, la calidad de vida y la felicidad. También se observa eficaz a la hora de cambiar los modos de esquema. La eficacia de ST se debe en gran medida a IGST, ya que para la mayor parte de los resultados IGST fue más eficaz que PGST y que TAU, observando menores diferencias al comparar PGST con TAU. En cuanto a abandono del tratamiento, no hay diferencias entre ST y TAU, pero sí entre IGST y los demás tratamientos, (26% IGST vs 38% PGST vs 36%TAU) siendo IGST la que mayor adherencia al tratamiento presenta.</p>
Bateman et al., 2021	<p>Estudio cuantitativo. ECA.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p> <p>Duración del tto: 18 meses.</p>	<p>Comparar MBT vs SCM.</p> <p>Observar si en el seguimiento de 8 años se mantenían las mejorías encontradas al final de los 18 meses de tratamiento y</p>	<p>N = 82 (134 inicio, 79.9% M)</p> <p>- MBT: n=47</p> <p>- SCM: n=35</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad entre 18 y 65 años (x: 30). • Diagnóstico de TLP • Intento de suicidio o episodio de autolesión potencialmente 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevistas de autoinforme. • Registros médicos. • Inventario de recibos de servicio al cliente. • SCID-I y SCID-II: diagnóstico. 	<p>La MBT fue eficaz, y más eficaz que SCM (gestión clínica estructurada) para reducir los síntomas o criterios del TLP (solo un 13% siguió cumpliendo los criterios de diagnóstico del TLP) y los síntomas autodestructivos como las autolesiones y los intentos de suicidio, para disminuir el uso de servicios de salud mental y de urgencias y el uso de medicación, y para mejorar el funcionamiento social y vocacional. Estas mejoras se mantuvieron en el tiempo (8 años). Se</p>

	Ubicación: Reino Unido.	ver si había mejoras en el funcionamiento social y vocacional y reducción de uso de servicios de SM.	mortal en los últimos 6 meses. <ul style="list-style-type: none"> • Sin encontrarse en tratamiento psicológico a LP. • Sin comorbilidad con t. psicótico o bipolar I. • Sin dependencia a opiáceos. • Sin deterioro mental. 		observaron mejores resultados en personas más jóvenes. Aún requiere mejoras para tratar la adaptación social e interpersonal. Se hipotetiza una mejora en la resiliencia, reduciendo las respuestas impulsivas ante factores estresantes.
Beck et al., 2020	Estudio cuantitativo. ECA. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 12 meses. Ubicación: Dinamarca.	Comparar MBT-G vs TAU. Probar la eficacia de la MBT grupal (MBT-G) para el TLP en adolescentes.	N=111 (99.1% M) → 84 - MBT: n=55 → 39 - TAU: n=56 → 45 Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 14-17 años ($x=15.8$) • Cumplir mínimo cuatro criterios de TLP del DSM-5. • Tener una puntuación por encima de 67 en el BPFSS-C. • Sin comorbilidad con otros trastornos. • Sin tto psiquiátrico hospitalario concurrente. 	<ul style="list-style-type: none"> • BPFSS-C: características límites. • MINI-KID: trastornos comórbidos. • CI-BPD: criterios TLP. • SCID-II: diagnóstico TP. • BDI-Y: depresión • RTSHIA: autolesión • YSR: síntomas internalización y externalización. • ZAN-BPD: síntomas TLP 2 últimas semanas. • CGAS: funcionamiento social • Registros médicos. • En padres: CBCL, YSR y BPFSS-P. 	La MBT grupal (sin formato individual) no fue superior a la atención clínica estándar (TAU) para el tratamiento de adolescentes con TLP. Hubo mejoras estadísticamente significativas pero consideradas como clínicamente insignificantes (en síntomas límites y otros síntomas como depresión, funcionamiento social y autolesión). Se sugiere que la MBT grupal puede no ser adecuada para adolescentes con alta psicopatología y baja funcionalidad social.
Bernard & Walburg, 2020	Estudio cuantitativo. Ensayo clínico no aleatorizado. Formato: Hospital interno. Duración del tto: 2 meses. Ubicación: Francia.	Evaluar la eficacia de una intervención grupal cognitivo-emocional (centrada en la regulación emocional y las relaciones interpersonales) vs una intervención	N=24 (58.3% M) - Intervención grupal (experimental): n=12 - Intervención individual (control): n=12 Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 25-61 años ($x=37$) • Pacientes hospitalizados en psiquiatría. • Diagnóstico de TLP y consumo de al menos una 	<ul style="list-style-type: none"> • HADS: sintomatología depresiva y ansiosa. • DERS: dificultades de regulación emocional. • CERQ: regulación cognitivo-emocional. • TAS: alexitimia. • UPPS-P: impulsividad. 	Tanto la intervención grupal cognitivo-emocional como la individual cognitivo-conductual mostraron mejoras en los síntomas ansiosos y depresivos, la impulsividad, la alexitimia, las dificultades de regulación emocional y el empleo de estrategias adaptativas y no desadaptativas: concretamente aumentaron las capacidades de aceptación de las emociones, la reevaluación positiva y la perspectiva, mientras que disminuyó la tendencia a culpar a los demás y a rumiar sobre las experiencias negativas. Estas mejoras, a excepción de los síntomas

		individual cognitivo-conductual clásica en pacientes TLP.	sustancia (alcohol, tabaco o cannabis). • Sin síntomas psicóticos, bipolares, trastornos cognitivos graves e ideación suicida activa.		depresivos y ansiosos, incrementaron aún más en el seguimiento de 1 mes. La intervención grupal se mostró superior a la individual en: aumento de las capacidades de regulación emocional, menor uso de estrategias de regulación desadaptativas y mayor uso de estrategias adaptativas, menor alexitimia e impulsividad.
Black et al., 2018	Estudio cuantitativo. ECA y datos recopilados en el sistema correccional de Iowa. Formato: Ambulatorio y sistema correccional. Duración del tto: 20 semanas. Ubicación: EE. UU.	Determinar qué ítems de la escala BEST y la escala ZAN-BPD mejoraron diferencialmente tras el empleo de STEPPS en dos poblaciones con TLP diferentes (pacientes y reclusos).	N= 193 (81.9% M) - STEPPS + TAU: n=65 - TAU: n=59 - Muestra correccional (STEPPS): n=69 Características: • Diagnóstico de TLP. • Sin t. psicóticos, condiciones neurológicas primarias, deterioro cognitivo o abuso y dependencia actual de sustancias. • Sin haber participado previamente en STEPPS. • Que no supusieran riesgos de seguridad (muestra correccional)	• SCID-I y II: diagnósticos. • BEST: gravedad del TLP. Aplicado a los 3 grupos. • ZAN-BPD: síntomas límite. Aplicado solo a los 2 grupos ECA.	STEPPS se mostró eficaz en diferentes entornos y poblaciones en el tratamiento de los síntomas generales del TLP. Todos los grupos mejoraron, pero la mayor mejora se dio en los grupos STEPPS, especialmente en la muestra correccional. En el BEST se observa que STEPPS combinado mejoraba 14 de los 15 ítems (todos menos “seguir los planes de terapia”), mientras que TAU mejoraba solo 8 de 15. En el ZAN-BPD, STEPPS mejora los 9 ítems. Los resultados del tamaño del efecto de STEPPS muestran que este programa mejora específicamente síntomas como la paranoia, los sentimientos crónicos de vacío, la impulsividad y las relaciones inestables, y también el “tomar medidas para evitar problemas”.
Bozzatello & Bellino, 2020	Estudio cuantitativo. ECA. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 10 meses. Ubicación: Italia.	Evaluar la eficacia de la psicoterapia interpersonal adaptada al TLP (IPT-BPD) como único tratamiento, comparada con pacientes en lista de espera que recibían	N= 43 →36 (66.7% M) - IPT-BPD: n=22 → 19 - WL/CM: n=21 →17 Características: • Edad: 18-60 años (x= 35.4) • Diagnóstico de TLP • Sin demencia ni trastornos cognitivos, psicóticos, bipolares, depresivos concurrentes y sin abuso de sustancias.	• SCID-I y II: diagnóstico • CGI-S: gravedad de la enfermedad. • SOFAS: funcionamiento social. • BPDSI: frecuencia y gravedad de los síntomas. • BIS-11: impulsividad. • MOAS: agresión. • SHI: autolesiones.	Ambos grupos de tratamiento mejoraron significativamente en gravedad de la psicopatología, gravedad y frecuencia de los síntomas del TLP, impulsividad, autolesiones y funcionamiento social. Por otro lado, no hubo mejoras significativas en puntuaciones agresivas, aunque de por sí las puntuaciones en agresividad eran bastante bajas. El grupo IPT presentó diferencias significativas en comparación con WL/CM en la reducción de la gravedad de la psicopatología general, mejora del

		manejo clínico (WL/CM).	<ul style="list-style-type: none"> • Sin medicación psicotrópica o psicoterapia 3 meses antes. • Se excluyó a mujeres que no utilizaran métodos anticonceptivos adecuados. 		funcionamiento social y ocupacional y disminución de los síntomas globales del TLP y dominios específicos, como son: el descontrol conductual impulsivo, la alteración interpersonal y la difusión de identidad. Por otro lado, no se encontraron diferencias entre grupos en conductas de autolesión y conductas agresivas.
Carlyle et al., 2020	Estudio cuantitativo. ECA. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 18 meses. Ubicación: Nueva Zelanda.	Evaluar la eficacia de 18 meses de tratamiento de MBT comparado con ETCM en personas con TLP.	N=72 (98.6% M) MBT: n=38 ETCM: n=34 Características: <ul style="list-style-type: none"> • Media de edad: 32.4 años (MBT) y 31.6 años (ETCM). • Diagnóstico de TLP. • Sin diagnóstico de psicosis ni dependencia de sustancias. • Dominio de la lengua inglesa. • Sin participar simultáneamente en un tratamiento psicológico estructurado para el TLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • Registros médicos: intentos de suicidio y autolesiones no suicidas que requirieron evaluación o intervención médica. 	Tanto MBT como ETCM (gestión clínica estructurada) redujeron considerablemente las autolesiones y los intentos de suicidio, pero no hay superioridad de ninguno de los tratamientos. Si bien las tasas de autolesión total fueron similares en todos los grupos, aquellos que recibieron MBT tenían probabilidades de autolesionarse con intenciones suicidas más graves.
Carrera et al., 2018	Estudio cuantitativo. ECA. Dos estudios. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 18 meses. Ubicación: Italia.	Estudio 1: Evaluar la efectividad de un tratamiento de 18 meses de MBT en relación con los síntomas del TLP, la regulación emocional y la prevención y manejo de conductas	Estudio 1: N=9 (77% M) Estudio 2: N=6 (66.7% M) Características: <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de TLP. 	Estudio 1: <ul style="list-style-type: none"> • SCL-90-R: síntomas. • HoNOS: diagnóstico y salud global. • SCID-II: diagnóstico • GAF: funcionamiento psicológico. • PES: registros de uso de servicios médicos, datos coste-beneficio del servicio. • CAQ: adaptación a la comunidad (conductas autolesivas, agresividad, intentos de suicidio...) 	Los participantes del primer estudio mejoraron durante el tratamiento con respecto a la sintomatología del TLP y psiquiátrica general, los intentos de suicidio, las conductas autolesivas, las conductas agresivas y el funcionamiento social, ocupacional o escolar. Estas mejoras se mantuvieron hasta un año después. La frecuencia y duración de los ingresos psiquiátricos se vio reducida, relacionado con beneficios en términos de impacto y costos de los servicios. Los participantes del segundo estudio mostraron una mejora en las habilidades de mentalización.

		autolesivas y agresivas.		Estudio 2: <ul style="list-style-type: none"> • RFQ: funcionamiento reflexivo. • MMS: modalidad de mentalización. • MIS: desequilibrios de mentalización. 	Los participantes del segundo estudio experimentaron una mejora en las habilidades de mentalización.
		Estudio 2: Evaluar la capacidad de MBT de aumentar la capacidad mentalizadora de los pacientes.			
Gardner et al., 2020	Estudio cualitativo. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: de 10 a 18 meses (x=13.5) Ubicación: Reino Unido.	Evaluar las experiencias de los pacientes con respecto a MBT.	N=8 (100% M) Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edades: entre 22 y 64 años (x=41.6) • Diagnóstico de TLP. • Haber completado al menos 6 meses de MBT en los últimos 12 meses. 	Entrevista individual semiestructurada con preguntas abiertas para evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Experiencias de la terapia. • Cambios durante y/o después de completar la terapia. • Factores que fueron útiles (o inútiles) para ayudarlos a cambiar. 	Hubo una experiencia colectiva de cambio positivo en cuanto a mentalización, síntomas de TLP, regulación emocional, relaciones y control de impulsos. Estos cambios se generalizaron a la vida diaria. Además, otros factores que se identificaron como importantes y que influyen en la terapia fueron: la utilidad de diagnóstico, para comprender y explicar cosas sobre uno mismo; las expectativas positivas de cambio con respecto a MBT; la relación terapéutica positiva y la identificación e impacto del grupo.
Hestbæk et al., 2022	Estudio cualitativo. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 20 semanas. Ubicación: Dinamarca.	Explorar las experiencias de los pacientes con MBT a corto plazo para el TLP.	N=12 (83.3% M) Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 18-38 años (x=26.4) • Diagnóstico de TLP. • Haber completado MBT a CP. • Sin discapacidad intelectual ni comorbilidades psiquiátricas. • Sin TP antisocial o esquizotípico. • No estar en otro tratamiento psicoterapéutico. 	Entrevistas cualitativas semiestructuradas con preguntas abiertas para evaluar: <ul style="list-style-type: none"> • Duración del tratamiento. • Grupo como “espacio seguro”. • Malas experiencias. • Cambio vital. 	Los participantes experimentaron mejoras en la capacidad de mentalización y una mayor aceptación de sí mismos y de sus emociones y pensamientos. También resaltaron mejoras en habilidades de comunicación interpersonal, en el funcionamiento psicosocial y en la calidad de vida. Existía una satisfacción general con el tratamiento. Destaca la importancia del sentimiento de pertenencia al grupo y de una relación terapéutica positiva como factor que interviene en la eficacia del tratamiento. Una minoría de pacientes comentaron la necesidad de más terapia, especialmente individual. También existían sentimientos ambivalentes

					en cuanto a la terminación de la terapia, que puede ser difícil para los individuos con TLP.
Hilden et al., 2021	Estudio cuantitativo y cualitativo. ECA. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 5 meses. Ubicación: Finlandia.	Comparar una terapia de esquemas grupal breve combinada con la atención clínica estándar (TAU) vs TAU sola, con el fin de observar que intervención era más efectiva para disminuir los síntomas TLP y otros síntomas psiquiátricos.	N=42 → 35 (100% M) - PGST: n=28 → 23 - TAU: n=14 → 12 Características: • Edad media: 31 años PGST y 27 años TAU. • Diagnóstico de TLP. • Sin síntomas psicóticos, diagnóstico principal de trastorno por consumo de sustancias y síntomas que obstaculizaran la participación.	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • BSL-23: síntomas límite. • PHQ-9: síntomas depresivos. • OASIS: síntomas de ansiedad. • AUDIT: consumo de alcohol • SDS: deterioro funcional laboral, familiar y social. • SMI: modo de esquema disfuncional 	Los resultados muestran que ambas intervenciones fueron eficaces a la hora de mejorar los síntomas límites y los síntomas de ansiedad y de depresión, para reducir el consumo de alcohol y para mejorar el funcionamiento general. No se encontraron diferencias significativas entre tratamientos para estas medidas, no pudiendo demostrar una superioridad de PGST frente a TAU. Sin embargo, sí se observó una tendencia hacia la significación en mejora de los síntomas límites en el grupo PGST. Se observaron disminuciones en el modo de esquema disfuncional en el grupo PGST, sin diferencias significativas con TAU. La tasa de abandono de PGST fue del 15% y la de TAU fue del 14%. En cuanto a las experiencias de los pacientes con PGST, estos consideraron que habían mejorado en gestión emocional y en percepción, la satisfacción con el tratamiento fue alta y la valoración del grupo y de los terapeutas fue positiva.
Hurtado-Santiago et al., 2022	Estudio cuantitativo. ECA paralelo de dos brazos. Formato: Hospital interno. Duración del tto: 10 semanas. Ubicación: España.	Analizar la efectividad de la terapia icónica (IT) en comparación con la intervención de apoyo psicológico (SI) en la sintomatología de jóvenes TLP con conducta suicida.	N=40 (82.5% M) → 32 - IT (+TAU): n=20 → 17 - SI (+TAU): n=20 → 15 Características: • Edad: 15-29 años (\bar{x} =20.5) • Síntomas TLP (CEPER III) • Presencia de ideación suicida. • Dominio del idioma. • Sin TP antisocial y abuso o dependencia de sustancias.	<ul style="list-style-type: none"> • CEPER-III: síntomas de personalidad límite. • C-SSRS: ideación suicida e intento. • BSL-23: síntomas y gravedad del TLP. • EI: inadaptación a la vida diaria. • CEQ: satisfacción con la terapia. • Criterios DSM-V de autolesión no suicida. 	Tanto la terapia icónica como la intervención de apoyo condujeron a reducciones significativas en los síntomas límite, la ideación suicida y la inadaptación a la vida diaria, sin diferencias significativas entre ellas. Estos efectos se mantuvieron en el seguimiento de 12 meses. Se observa un tamaño del efecto aumentado de la IT para reducir los síntomas del TLP y la inadaptación en la vida diaria en el seguimiento, lo que puede indicar cierta superioridad de esta terapia. Se observó mayor satisfacción de los participantes con IT que con SI al final del

			<ul style="list-style-type: none"> • Sin falta de motivación para participar en el tratamiento. (cuestionario de credibilidad/expectativas) 		<p>tratamiento (relacionado con la adherencia al tto: IT 70%; SI 45%), pero esta diferencia no se mantuvo con el tiempo, siendo la satisfacción similar en el seguimiento de 12 meses.</p> <p>La tasa de abandono en el seguimiento fue del 15% en IT y del 25% en SI.</p>
Jørgensen et al., 2021	<p>Estudio cuantitativo ECA.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p> <p>Duración del tto: 12 meses.</p> <p>Ubicación: Dinamarca.</p>	<p>Evaluar el seguimiento de 3 a 12 meses de un ECA</p> <p>realizado para evaluar la eficacia de MBT grupal en adolescentes TLP en comparación con TAU.</p>	<p>N=111 (99.1% M) → 97</p> <p>- MBT: n=55 → 46</p> <p>- TAU: n=56 → 51</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 14-17 años ($x=15.8$) • Cumplir mínimo cuatro criterios de TLP del DSM-5. • Tener una puntuación por encima de 67 en el BPFS-C. • Sin comorbilidad con otros trastornos. • Sin tto psiquiátrico hospitalario concurrente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista para recopilar datos sociodemográficos. • BPFS-C: características límites. • MINI-KID: trastornos comórbidos. • CI-BPD: criterios TLP. • SCID-II: diagnóstico TP. • BDI-Y: depresión • RTSHIA: autolesión • YSR: síntomas internalización y externalización. • ZAN-PBD: síntomas TLP 2 últimas semanas. • CGAS: funcionamiento social • Registros médicos. • En padres: CBCL, YSR y BPFS-P. 	<p>No hay superioridad de MBT-G con respecto a TAU. Para ambos tratamientos disminuyeron los criterios o características TLP, pero no lo suficiente para llegar a una remisión. Hubo mejoras en psicopatología general, en dificultades interpersonales y en el funcionamiento global en el seguimiento de 12 meses, pero los resultados no fueron clínicamente relevantes. MBT-G se asoció con mayor abandono.</p>
Kellett et al., 2021	<p>Estudio cuantitativo. Diseño A/B/A/B</p> <p>Estudio de caso único.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p>	<p>Evaluar la efectividad de CAT para un paciente con TLP y explorar si una fase de retirada del tratamiento podría ayudar al</p>	<p>N=1 (100% M)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 46 años. • Diagnóstico de TLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID I y II: diagnóstico. • BSL-23: síntomas límites. • BDI-II: síntomas depresivos. • BSI-GSI: índice de gravedad global. • IIP-32: funcionamiento interpersonal. • SIS: impacto de la sesión. 	<p>Se observaron efectos positivos en la primera fase de tratamiento, seguidos de un deterioro desde la segunda fase del tratamiento hasta el seguimiento, sugiriendo que la CAT no preparó adecuadamente al paciente para la terminación de la terapia. En esta primera fase del tratamiento se observaron cambios en síntomas límites y depresivos y en funcionamiento interpersonal, pero estos</p>

	Duración del tto: casi 2 años.	paciente a la preparación del final de terapia.			cambios no se dieron durante el resto del tratamiento. Para el índice de gravedad global sí se registró un cambio real y clínicamente significativo desde la evaluación inicial hasta el final del seguimiento. Los resultados sugieren una intervención parcialmente efectiva: fue moderadamente efectiva para reducir el “odio hacia uno mismo” y muy efectiva para mejorar el “sentido de uno mismo”. Las puntuaciones del SIS muestran consistencia alta y los temas cualitativos del impacto de la sesión tendieron a ser positivos. Durante toda la terapia el paciente se sintió positivo hacia el terapeuta y el curso de la terapia.
	Ubicación: Reino Unido.				
Khasho et al., 2023	Estudio cuantitativo Diseño de serie de casos de líneas de base múltiples. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 12 meses. Ubicación: Países Bajos.	Examinar si la ST puede ser un tratamiento eficaz para los adultos mayores con TLP.	N=5 (80% M) Características: • Edad 62-74 años (x=66) • Diagnóstico de TLP o cumplimiento del nivel subumbral de los criterios diagnósticos de TLP. • Mayores puntuaciones en los rasgos de afectividad negativa, desinhibición y psicoticismo. • Sin comorbilidad somática crónica. • Sin diagnósticos comórbidos de depresión, t. bipolar, t. psicótico, t. uso de sustancias grave, t. neurocognitivo. • Con CI > 80	• SCID-5-P: diagnóstico TLP. • PID-5: rasgos de personalidad desadaptativos (a participantes y familiares) • MMSE: trastorno neurocognitivo. • BPDSI: gravedad del TLP. • YSQ: esquemas desadaptativos tempranos. • SMI: modos de esquema. • SIPP-SF: funcionamiento de la personalidad. • BSI: malestar / angustia psicológica. • WHOQOL-BREF: calidad de vida.	La ST fue eficaz para disminuir la credibilidad de las creencias centrales negativas, los síntomas de TLP y la gravedad de estos y el malestar psicológico general. Los participantes presentaron una remisión del TLP a los 18 meses. Se encontraron tendencias positivas hacia la mejora de los esquemas desadaptativos tempranos. Relacionado con el funcionamiento de la personalidad, hubo un aumento significativo en la integración de la identidad. No se observó eficacia en cuanto a modos de esquemas saludables, calidad de vida y los demás rasgos de personalidad desadaptativos.
Kvarstein et al., 2019	Estudio cuantitativo. Diseño naturalista.	Comparar los efectos de MBT vs PDT en la gravedad clínica	N: 345 (83.2% M) - MBT: n=64 - PDT: n=281	• MINI: diagnóstico DSM eje I • SCID-II: diagnóstico DSM eje II	MBT fue más efectivo que la terapia psicodinámica para los pacientes que tenían un TLP más grave y rasgos de personalidad evitativa, mejorando el funcionamiento

	de pacientes TLP.	Características: • Edad media: 26 años MBT y 30 años PDT. • Diagnóstico de TLP.	• GAF: funcionamiento psicosocial • IIP-C: problemas interpersonales (CIP) • BSI-18: angustia psicológica.	psicosocial, los problemas interpersonales y el malestar psicológico general. La gravedad del trastorno de personalidad tuvo poco impacto en la eficacia del MBT pero sí tuvo efectos en la eficacia de la PDT, relacionándose mayor gravedad con menor mejora clínica. La MBT fue más estructurada y estaba más adaptada a problemas de personalidad.	
	Formato: Ambulatorio.				
	Duración del tto (MBT): 36 meses				
	Ubicación: Noruega.				
Laurensen et al., 2018	Estudio cuantitativo. ECA.	Evaluar la eficacia de MBT-DH en comparación con S-TAU en pacientes TLP.	N=95 (78.9% M) - MBT-DH: n=54 - S-TAU: n=41 Características: • Media de edad: 34 años. • Diagnóstico de TLP. • TLP grave: Al menos puntuación de 20 en BPDSI. • Sin esquizofrenia, trastorno bipolar o abuso de sustancias que requiera tratamiento. • Sin trastornos cerebrales orgánicos y un CI superior a 80. • Dominio del idioma.	• SCID-II: diagnóstico TLP. • BPDSI: gravedad del TLP. • SCID-I: diagnóstico comorbilidades. • BSI-GSI: síntomas psicopatológicos generales. • BDI: gravedad de la depresión. • IIP-64: problemas interpersonales. • PAI-BOR: características TLP. • EQ-5D-3L: calidad de vida	No hubo superioridad de MBT-DH sobre S-TAU y ambos tratamientos se mostraron efectivos para la mejora de la gravedad del TLP y sus características, los síntomas psicopatológicos generales, la gravedad de la depresión, los problemas interpersonales y la calidad de vida. Estas mejoras fueron grandes para todas las medidas, a excepción de la calidad de vida cuya mejora fue menor, y se mantuvieron en el seguimiento de 18 meses.
	Formato: Hospital de día.				
	Duración del tto: 18 meses.				
	Ubicación: Países Bajos.				
Löf et al., 2018	Estudio cuantitativo, naturalista.	Examinar los resultados naturalistas de la MBT en pacientes TLP y estudiar los moderadores de dicha eficacia.	N= 75 (89.3% M) Características: • Edad 19-51 años (x=30.4) • Diagnóstico TLP • CI > 85 • Sin comorbilidad con trastornos psicóticos (excepto TP esquizotípico), del espectro autista, bipolar tipo I y alimentario, y sin uso de sustancias grave.	• SCID-II: diagnóstico de trastornos del Eje II (TP) • SCID-I y MINI: diagnóstico de trastornos del Eje I. • ZAN-BPD: gravedad de los síntomas límite. • WAIS-III: CI • KABOSS-S: sintomatología depresiva, ansiosa, obsesivo-compulsiva y límite. • SUAS-S: tendencias suicidas	MBT demostró mejoras en síntomas psiquiátricos generales y síntomas límite, así como en tendencias suicidas, autolesiones, alexitimia autovalorada y autoimagen. Hubo mejoras también en mentalización, relacionada con la alexitimia. La gravedad del TLP no influyó en los resultados. Las mayores mejoras en autolesión se dieron en los pacientes más jóvenes (pudiendo ser la edad un factor moderador), lo que puede deberse a que la tasa de autolesiones en los más jóvenes fue inicialmente más alta. La tasa de abandono de MBT fue del 12%.
	Formato: Ambulatorio.				
	Duración del tto: 18 meses.				
	Ubicación: Suecia.				

				<ul style="list-style-type: none"> • SCL-90-R: síntomas psiquiátricos generales • DSHI-9: autolesión • TAS-20: alexitimia • SASB: autoimagen • RQ: estilo de apego 	
Martin & Del-Monte, 2022	<p>Estudio cuantitativo. ECA.</p> <p>Formato: Hospital de día.</p> <p>Duración del tto: 6 meses.</p> <p>Ubicación: Francia.</p>	<p>Evaluar los resultados del protocolo ECCCLORE (CBT) en pacientes TLP y comparar su eficacia con TAU.</p>	<p>N= 56 (tto) → 27 (seguimiento) (100% M)</p> <p>- ECCCLORE: n=34 → 20</p> <p>- TAU: n=22 → 7</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad media: 49.2 años ECCCLORE y 45.5 años TAU. • Diagnóstico de TLP. • Sin riesgo de suicidio. • Sin enfermedades neurológicas, discapacidad del desarrollo, trastorno por uso de sustancias actual y trastorno psicótico actual. • Dominio del idioma. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • BPQ: rasgos de personalidad límite (impulsividad, inestabilidad afectiva, abandono, relaciones, autoimagen, suicidio / autolesiones, vacío, ira intensa y estados cuasi-psicóticos) • UPPS-S: conducta impulsiva (urgencia positiva y negativa, falta de premeditación, falta de perseverancia y búsqueda de sensaciones). • AQ12: agresión (física, verbal, ira y hostilidad) • H: desesperanza. • SBQ-R: conductas suicidas. 	<p>ECCCLORE condujo a una reducción significativa de la sintomatología límite general, la agresión, la desesperanza, la impulsividad y el riesgo de suicidio. Estos resultados son significativamente mejores que los de TAU.</p> <p>ECCCLORE presentaba 3 módulos, era después del segundo cuando los resultados se mostraban significativos.</p> <p>Al final del tratamiento (6 meses) se produjeron cambios en las medidas suicidas, la desesperanza, la ira, la depresión y los criterios de TLP.</p> <p>Se observó que la impulsividad disminuyó debido a la disminución de la urgencia negativa.</p> <p>En el seguimiento de 1 año, los participantes ECCCLORE siguieron experimentando mejoras. En este seguimiento ya no se observaban diferencias significativas entre este y TAU.</p>
Rossi et al., 2023	<p>Estudio cuantitativo. ECA.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p> <p>Duración del tto: 12 meses.</p>	<p>Comparar MIT con SCM en pacientes con TLP para evaluar su eficacia sobre la desregulación de las emociones, otras</p>	<p>N= 76 (85.5% M) → 53</p> <p>- MIT: n=37 → 27</p> <p>- SCM: n=39 → 26</p> <p>Subgrupo fMRI:</p> <p>- MIT + SCM: n=60</p> <p>- HC: n=30</p> <p>Características:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • SCID I y II: diagnósticos y criterios TP. • DERS: desregulación de las emociones. • MAI: habilidades metacognitivas. • ZAN-BPD: sintomatología del TLP. • SCL-90-R: estado psicopatológico. 	<p>Los resultados muestran eficacia tanto de MIT como de SCM (gestión clínica estructurada) en la reducción de la desregulación emocional, los síntomas límite, la sintomatología depresiva, la impulsividad, el estado psicopatológico general y las dimensiones psicopatológicas de la personalidad, así como en el aumento de las funciones metacognitivas y la alexitimia, la mejora en el funcionamiento interpersonal y la</p>

	Ubicación: Italia.	dimensiones clínicas y la actividad de la amígdala.	<ul style="list-style-type: none"> • Edad: 18-45 años (\bar{x}= 28.1 MIT y 31.3 SCM) • Diagnóstico TLP. • Sin comorbilidad con trastornos psicóticos, bipolares, esquizoafectivo y abuso de sustancias (últimos 3m) • Sin síndromes mentales orgánicos, demencia o deterioro cognitivo y signos neurológicos relevantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • BDI-II: síntomas depresivos. • BIS: impulsividad. • IIP-47: funcionamiento interpersonal. • TAS-20: alexitimia. • CTQ: experiencias traumáticas infantiles. • fMRI: activación de la amígdala. 	reducción de la activación de la amígdala derecha ante los estímulos negativos y neutros. Además, MIT también se asoció a mejoras en los sentimientos de vacío, en la imagen sobre uno mismo y en actuar de acuerdo a los objetivos personales. Al comparar los tratamientos, se observa mayor efecto de MIT sobre las funciones metacognitivas, la impulsividad, la disminución de criterios TP y la disregulación emocional, pero esta última medida no alcanzó la significación estadística. Por otro lado, SCM tuvo mayor efecto sobre la reducción de la sintomatología TLP. La tasa de abandono fue del 27% en MIT y del 33% en SCM.
Salvatore et al., 2021	Estudio cuantitativo y cualitativo. Estudio de caso único. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 18 meses.	Describir el tratamiento con MIT en un paciente TLP y evaluar la eficacia de la intervención.	N=1 (100% M) Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 30 años. • Diagnóstico TLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • SCL-90: estado psicopatológico. • DERS: disregulación emocional. 	Al final del tratamiento, la paciente ya no cumplía el diagnóstico de TLP. MIT fue eficaz a la hora de disminuir la gravedad del estado psicopatológico y la disregulación emocional. Las medidas cualitativas mostraron mejoras en el funcionamiento interpersonal, en la reducción de los sentimientos de vacío, en la imagen que la paciente tenía sobre sí misma y a la hora de actuar según sus deseos y objetivos.
Sauer-Zavala et al., 2023	Estudio cuantitativo y cualitativo. ECA. Formato: Ambulatorio. Duración del tto: 7 meses	Evaluar la eficacia de BPD Compass en personas con TLP y la satisfacción de estos con el tratamiento.	N= 51 (78.4% M) → 32 - BPD Compass: n=26 → 14 - WLC: n=25 → 18 Características: <ul style="list-style-type: none"> • Edad media de 28.4 años. • Diagnóstico de TLP. • Sin tto psicológico concurrente. 	<ul style="list-style-type: none"> • MSI-BPD: screening TLP. • SCID-II: diagnóstico TLP. • SCID-I: diagnósticos criterios de exclusión. • DIAMOND: diagnóstico de ansiedad, t. del estado de ánimo, t. obsesivo-compulsivo y otros. • CSR: gravedad clínica. 	El tratamiento BPD Compass fue eficaz para la reducción de síntomas TLP, tanto calificados como autoinformados, y para la mejora de las dimensiones de personalidad “neuroticismo” y “responsabilidad”. Para “amabilidad” existieron mejoras pero sin significación estadística. En el grupo en lista de espera el cambio fue mínimo. El tratamiento fue superior a WLC en síntomas TLP y neuroticismo, mientras que

	Ubicación: EE.UU.		<ul style="list-style-type: none"> • Sin comorbilidad con trastornos bipolares, psicóticos y por uso de sustancias. • Sin tendencias suicidas agudas. 	<ul style="list-style-type: none"> • ZAN-BPD-CR y ZAN-BPD-SR: gravedad de los síntomas TLP (evaluado y autoinformado) • BFI-2: dimensiones de personalidad (neuroticismo, amabilidad y responsabilidad). 	<p>para amabilidad y responsabilidad no hubo diferencias significativas entre grupos. En general, los participantes quedaron muy satisfechos con el tratamiento, tanto con su contenido como con su duración. Nombraron como elementos más importantes que aprendieron: la flexibilidad cognitiva, la aceptación y tolerancia de las emociones, y la capacidad de controlar las conductas desadaptativas.</p> <p>La tasa de abandono fue del 46% en el grupo BPD Compass y del 28% en el grupo WLC.</p>
Smits et al., 2020	<p>Estudio cuantitativo. ECA.</p> <p>Formato: Ambulatorio y hospital de día.</p> <p>Duración del tto: - MBT-DG: 14.3 meses - MBT-IOP: 15.9 meses</p> <p>Ubicación: Países Bajos.</p>	<p>Comparar la eficacia de MBT-DH y MBT-IOP a los 18 meses de tratamiento en pacientes con TLP.</p>	<p>N=114 (82.5% M) - MBT-DH: n=70 - MBT-IOP: n=44</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad \geq 18 años ($x=29.9$ DH y 31.4 IOP) • Diagnóstico de TLP. • Sin diagnóstico comórbido de TEA, trastorno psicótico y TP antisocial con antecedentes de violencia. • Sin trastorno cerebral orgánico y discapacidad intelectual. • Dominio del idioma. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-I y II: diagnósticos. • BSI-GSI: gravedad de los síntomas generales. • PAI-BOR: gravedad de los síntomas límite. • SIPP: funcionamiento de la personalidad. • IPP: problemas interpersonales. • EQ-5D: calidad de vida. • SSHI: frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones. 	<p>Ambos grupos de tratamiento (MBT-DH y MBT-IOP) mostraron mejoras importantes en la gravedad de los síntomas generales y de los síntomas límite. También mostraron mejoras en el funcionamiento de la personalidad, los problemas interpersonales, la calidad de vida y la reducción de la frecuencia de intentos de suicidio y autolesiones. Se dio una diferencia significativa en el funcionamiento interpersonal y capacidad relacional, existiendo mayor mejora en MBT-DH. Se sugiere que los tratamientos siguen diferentes trayectorias de cambio, teniendo MBT-DH una tendencia a ser más efectivo. Este presenta tamaños del efecto mayores aunque no estadísticamente significativos para casi todas las medidas secundarias, a excepción de dimensión autolítica.</p>
Tan et al., 2018	<p>Estudio cualitativo ECA.</p> <p>Formato: Ambulatorio.</p> <p>Duración del tto: de 12 a 24 meses.</p>	<p>Explorar las experiencias de los pacientes con TLP al recibir ST, en grupo intensivo o en formato combinado</p>	<p>N=36 (78% M) - ST (combinado): n=15 - PGST (grupal): n=21</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad: 18-65 años. • Diagnóstico de TLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-I y II: diagnósticos. • Entrevista semiestructurada para evaluar: <ol style="list-style-type: none"> 1) Beneficios y dificultades de ST. 2) Percepción en comparación con otras terapias. 	<p>Los participantes experimentaron beneficios en cuanto a una mayor percepción, una mejor conexión con las emociones, una mayor confianza en uno mismo, una mayor flexibilidad cognitiva en términos de adoptar perspectivas alternativas y en ser menos duro consigo mismo.</p> <p>Identificaron como variables importantes en la eficacia: el uso de técnicas experienciales, los</p>

	Ubicación: Australia, Países Bajos y Alemania.	grupal-individual.	<ul style="list-style-type: none"> • Sin comorbilidad con trastornos psicóticos, bipolar tipo 1, de identidad disociativo, TDAH y TP narcisista o antisocial. 	<ol style="list-style-type: none"> 3) Experiencias y dinámicas grupales. 4) Estructura y formato de la ST. 5) Relación terapéutica. 	conceptos relacionados con los esquemas, la calidad de la relación terapéutica, el combinar ST grupal con individual y el impacto del grupo (tanto positivo como negativo). Algunos pacientes encontraron perturbadora la reducción gradual de las sesiones y la terminación de la terapia.
Wrege et al., 2021	Estudio cuantitativo. Formato: Hospital interno. Duración del tto: 12 semanas. Ubicación: Suiza.	Evaluar el curso de la psicopatología en pacientes TLP dentro de un programa de tratamiento hospitalario estandarizado y su relación con la impulsividad de los pacientes.	<p>N=99 (75.8% M)</p> <p>Características:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad \geq 18 años (\bar{x}=30.2 años) • Diagnóstico de TLP. • Sin consumo actual de sustancias, síntomas psicóticos y discapacidad intelectual. 	<ul style="list-style-type: none"> • SCID-II: diagnóstico TLP. • BSCL: gravedad de la psicopatología. • BDI: síntomas depresivos. • BIS: impulsividad. 	<p>El tratamiento hospitalario a corto plazo fue eficaz a la hora de reducir la psicopatología de los pacientes, manteniendo los efectos hasta un año después. La impulsividad de los participantes previa al tratamiento influyó fuertemente en el curso temporal de la gravedad de los síntomas: mientras que no hubo diferencias en mejoras de la sintomatología durante el tratamiento, aquellos pacientes con mayor impulsividad previa tuvieron mayor aumento de la sintomatología en el seguimiento. Esto no ocurrió para aquellos con niveles bajos y moderados de impulsividad previa al tto. Entre las subescalas del BIS, la impulsividad atencional y motora, pero no la impulsividad no planificada, influyeron significativamente en el resultado del tratamiento a largo plazo de la muestra.</p> <p>Se concluye que la impulsividad autoinformada es un predictor sólido del tratamiento.</p>