

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
SISTEMA DE ESTUDIOS DE POSGRADO

COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA DIALÉCTICA
CONDUCTUAL, TERAPIA CENTRADA EN LOS ESQUEMAS,
PSICOTERAPIA CENTRADA EN LA TRANSFERENCIA Y TERAPIA BASADA
EN LA MENTALIZACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE PERSONAS ADULTAS
CON EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD:
UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Tesis sometida a la consideración de la Comisión del Programa de Posgrado en
Psicología Clínica para optar al grado y título de Especialista en Psicología Clínica

Carmen Fernández Hernández

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio, Costa Rica

2025

DEDICATORIA

A todas aquellas personas que he conocido a lo largo de mi vida profesional que han confiado en mí, me han enseñado e inspirado a amar esta profesión y a seguir desarrollándome.

AGRADECIMIENTO

A Dios y la vida por las oportunidades que me ha brindado para cumplir las metas que me he propuesto y trabajado.

A mi mamá, por su amor, compañía y escucha incondicional, por siempre pedirle a Dios que me acompañe en el camino.

A mi familia, por su cariño y apoyo.

A mis amigos y amigas, por sus buenos deseos y apoyo durante este proceso.

A mis queridos peludos y de cuatro patas que me acompañaron durante largas jornadas de estudio.


A todas las personas docentes y supervisoras que me acompañaron y enseñaron durante este periodo de formación.

A la Dra. Rocío Jiménez Mora, por confiar en mí y haberme abierto las puertas para trabajar en el Hospital Nacional de Salud Mental e iniciar mi camino en la CCSS.

Esta tesis fue aceptada por la Comisión del Programa de Posgrado en Psicología Clínica de la Universidad de Costa Rica, como requisito parcial para optar al grado de Especialista en Psicología Clínica


Especialista Silvia Carrera Castro
Directora de Tesis


Especialista Marjorie Moreno Salas
Asesora de Tesis


Especialista Karen Quesada Retana
**Coordinadora Nacional
Posgrado en Psicología Clínica**


Carmen Fernández Hernández
Sustentante

TABLA DE CONTENIDO

LISTA DE TABLAS	6
RESUMEN	7
ABSTRACT	8
ABREVIATURAS	9
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN	10
JUSTIFICACIÓN	13
CAPÍTULO II.....	15
MARCO TEÓRICO.....	15
CAPÍTULO III.....	28
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	28
OBJETIVOS	29
Objetivo General.....	29
Objetivos Específicos	29
CAPÍTULO IV	31
METODOLOGÍA.....	31
Estrategia metodológica	31
Unidades de análisis.....	31
Criterios de inclusión y exclusión.....	32
Recuperación de artículos	33
Extracción de datos	38

CAPÍTULO V	40
RESULTADOS	40
CAPÍTULO VI	57
DISCUSIÓN	57
CAPÍTULO VII	64
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES	65
LIMITACIONES	67
CAPÍTULO VIII	70
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	70
ANEXO A.....	76
GUÍA DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD.....	76

LISTA DE TABLAS

Tabla 1.1.....	40
Tabla 1.2.....	42
Tabla 1.3.....	46
Tabla 1.4.....	63

RESUMEN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es un trastorno caracterizado por inestabilidad emocional, impulsividad, relaciones interpersonales conflictivas y alteraciones en la autoimagen, que genera un alto sufrimiento subjetivo y una elevada demanda de servicios de salud, especialmente por la recurrencia de las crisis. La psicoterapia es el tratamiento de primera línea para el TLP, con evidencia sólida sobre su efectividad para mejorar el funcionamiento psicosocial y reducir la sintomatología.

Entre los enfoques basados en evidencia más estudiados destacan la Terapia Dialéctica Conductual (DBT), la Terapia Centrada en Esquemas (SCT), la Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TPF) y la Terapia Basada en la Mentalización (MBT). Esta revisión sistemática tuvo como objetivo analizar la evidencia comparativa sobre la eficacia de estos cuatro enfoques en población adulta con TLP. Los resultados confirman que las cuatro terapias son efectivas para reducir los síntomas centrales del TLP y mejorar el funcionamiento global, mostrando superioridad frente al tratamiento habitual no protocolizado.

Si bien no se identificaron diferencias concluyentes en la eficacia global entre ellas, los hallazgos sugieren que cada enfoque puede ser más apropiado según el perfil sintomático predominante. En particular, la DBT mostró mayor eficacia en casos con alta impulsividad y riesgo suicida, la SCT resultó más adecuada para pacientes con trauma y comorbilidades, la TPF demostró beneficios en la mejora de las relaciones interpersonales y la reducción de agresividad, y la MBT fue especialmente útil en pacientes con déficits en mentalización e introspección.

Palabras clave: Eficacia, Trastorno límite de la personalidad, TLP, Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Terapia Centrada en Esquemas (SCT), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TPF), Terapia Basada en la Mentalización (MBT).

ABSTRACT

Borderline personality disorder (BPD) is characterized by emotional instability, impulsivity, interpersonal conflicts, and disturbed self-image, leading to high subjective distress and significant healthcare utilization due to frequent crises. Psychotherapy is the first-line treatment for BPD, with solid evidence supporting its effectiveness in improving psychosocial functioning and reducing symptoms.

Among the most studied evidence-based approaches are Dialectical Behavior Therapy (DBT), Schema Therapy (SCT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), and Mentalization-Based Therapy (MBT). This systematic review aimed to analyze comparative evidence on the effectiveness of these four approaches in adults with BPD. Findings confirm that all four therapies are effective in reducing core BPD symptoms and improving overall functioning, showing superiority over unstructured usual care.

Although no conclusive differences in global effectiveness were found, results suggest that each approach may be more appropriate depending on the predominant symptom profile. Specifically, DBT was more effective in cases with high impulsivity and suicidal risk; SCT was more suitable for patients with trauma and comorbidities; TFP showed benefits in improving interpersonal relationships and reducing aggression; and MBT was especially useful for patients with deficits in mentalization and introspection. It is recommended to implement formal programs based on these approaches in specialized centers, ensure trained staff, and conduct thorough clinical evaluations to tailor interventions. Further research is needed to deepen understanding of the technical and relational factors associated with effectiveness, as well as their impact on interpersonal functioning and identity integration.

Keywords: Efficacy, Borderline Personality Disorder, BPD, Dialectical Behavior Therapy (DBT), Schema-Focused Therapy (SFT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP), Mentalization-Based Treatment (MBT).

ABREVIATURAS

TLP: Trastorno Límite de la Personalidad.

DSM-5-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición revisada.

CIE-10: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Décima revisión.

CIE-11: Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. 11.a revisión.

DBT: Terapia Dialéctica Conductual.

SCT: Terapia Centrada en Esquemas.

TFP: Psicoterapia Focalizada en la Transferencia.

MBT: Terapia Basada en la Mentalización.

TH: Tratamiento habitual no protocolizado.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad (TLP) es conocido como un trastorno psicológico con un patrón característico generalizado de inestabilidad en la regulación de los afectos, el control de los impulsos, las relaciones interpersonales y la autoimagen (Lieb et al., 2004, como se cita en Font-Domènech, 2019).

En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición revisada (DSM-5-TR) y en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), el TLP se ubica dentro de los trastornos de la personalidad, siendo caracterizado como un patrón generalizado de inestabilidad emocional en las relaciones interpersonales, autoimagen y afecto, con una marcada predisposición a actuar impulsivamente (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2000; Asociación Estadounidense de Psiquiatría [APA], 2022).

Estudios epidemiológicos en Estados Unidos, estiman la prevalencia del TLP en la población general entre el 0,7% y el 2,7%. En atención primaria, la prevalencia es del 6%, en clínicas psiquiátricas ambulatorias la tasa es del 11% al 12% y del 22% para pacientes psiquiátricos hospitalizados. Aunque las mujeres presentan una tasa ligeramente más alta de TLP que los hombres (3% frente al 2,4%), en entornos psiquiátricos ambulatorios, hay tasas más altas de TLP en mujeres (78% frente al 28%) (Clarkin et al., 1983., Lenzenweger et al., 2007, Grant et al., 2008., Nasiri et

al., 2013., Ellison, 2018., Eaton & Greene, 2018; Zimmerman, 2023., todos como como se citó en Chapman et al., 2024).

En un contexto más cercano al nuestro, Serna-Guerrero (2024b) señalaba que según datos de la Secretaría de Salud de México en el 2023, se estimaba que entre el 2 y el 3% de la población mexicana presentaba TLP; afectando al menos el 10% de los pacientes ambulatorios psiquiátricos y entre el 15-20% de los pacientes ingresados en alguna institución psiquiátrica.

A nivel nacional, existe muy pocos datos estadísticos actualizados sobre la incidencia o prevalencia del TLP; sin embargo, en una investigación realizada por Obando (2015) señalaba que, según datos del área de Servicios Médicos y Estadísticas en Salud del Hospital Nacional Psiquiátrico del año 2013, en este año hubo 95 egresos con el diagnóstico primario de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad.

Por otra parte, en un informe de la Caja Costarricense del Seguro Social (2020), en el que se hace referencia a la cantidad de egresos hospitalarios por atenciones asociadas a enfermedades mentales y del comportamiento del periodo 2014, se señalaba que un 6,5% de los egresos de ese año correspondieron a trastornos de personalidad y del comportamiento, siendo la sexta causa de internamiento entre las señaladas. Si bien no es una estadística precisa que permita identificar cuáles de los casos corresponden a un diagnóstico de TLP, según estos datos, los trastornos de personalidad constituyen una cifra importante de consultas y atenciones del sistema de seguridad social.

El tratamiento de primera línea para el TLP es la psicoterapia; ensayos clínicos han encontrado que la psicoterapia mejoró el funcionamiento psicosocial y redujo la gravedad de los síntomas del TLP (Choi-Kain et al., 2017., Storebø et al., 2020., Leichsenring et al., 2024., como se citó en Chapman et al., 2024). También se ha identificado alivio de la ansiedad y la depresión, disminución de la impulsividad y mejoría en la gestión emocional y en el establecimiento de relaciones interpersonales más saludables (Cano, 2021).

Aunque existen diferentes abordajes psicoterapéuticos que pueden ser utilizados en el tratamiento del TLP, se han desarrollado estudios que evalúan cuatro tratamientos específicamente para este trastorno conocidos como los Big-4: Terapia Dialéctica Conductual (Dialectical Behavior Therapy, DBT en inglés), Terapia Centrada en Esquemas (Schema Therapy, SCT en inglés), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (Transference-Focused Psychotherapy, TPF en inglés) y Terapia Basada en la Mentalización (Mentalization-Based Therapy, MBT en inglés) (Rameckers et al., 2021), los cuales también han sido clasificados por la División 12 del APA, 2016, con sus respectivas cargas de evidencia científica y han sido objeto de estudios para comprobar su eficacia en el tratamiento de las personas con TLP (Cano, 2021).

Las personas con TLP experimentan un alto nivel de sufrimiento emocional que impacta negativamente su calidad de vida y puede llegar a ser incapacitante, afectando su funcionamiento en ámbitos personales, familiares, laborales y comunitarios. Esta situación, además, genera una importante demanda de atención en los servicios de salud, que se traduce en una alta utilización de recursos

especializados. Por ello, disponer de evidencia comparativa sobre la eficacia de los principales abordajes psicoterapéuticos resulta clave para orientar la implementación de mejores prácticas clínicas que permitan brindar un mejor abordaje de la sintomatología asociada al trastorno y favorecer una mejor calidad de vida.

JUSTIFICACIÓN

El Trastorno Límite de la Personalidad, se considera un trastorno grave por el elevado grado de sufrimiento que ocasiona en los pacientes, la disfuncionalidad e incapacidad que ocasiona en diversas esferas de la vida (emocional, interpersonal y laboral) y el padecimiento de las personas que comparten el día a día con un paciente diagnosticado con este trastorno (familiares, pareja y amigos) (Font-Domènech, 2019).

El TLP es el trastorno de la personalidad con mayor prevalencia, las personas con este trastorno suelen tener percepciones distorsionadas de sí mismas y de los demás, lo que les dificulta mantener relaciones estables y saludables; se describe que con frecuencia experimentan emociones intensas y rápidamente cambiantes; además, tienen dificultad para regular sus emociones y presentan conductas impulsivas, como conductas autolesivas y suicidios, que suponen una alta demanda en los servicios de salud (Biskin, 2015., citado en Chapman et al., 2024).

Estas características suponen un reto a la hora de establecer un tratamiento eficaz, que genere la remisión o disminución de la sintomatología, y que contemple

las dificultades derivadas del funcionamiento limítrofe (alta tasa de abandonos, incumplimiento terapéutico, inestabilidad, pensamiento dicotómico, ira e impulsividad) (Font-Domènech, 2019).

Esto ha contribuido a que haya surgido un creciente interés en realizar estudios que evalúen la eficacia de tratamientos psicoterapéuticos (Fernández-Guerrero y Palacios-Vicario, 2017; como se citó en Font-Domènech, 2019), que favorezcan una atención más efectiva y especializada para quienes los padecen. Además, que permitan fortalecer las estrategias terapéuticas que se ofrece a los pacientes, especialmente en la CCSS, debido a la alta carga que supone para el sistema la cantidad de reingresos hospitalarios que suelen presentarse en esta población. Según Obando (2015), en el 2013 del total de los egresos hospitalarios en el Hospital Nacional de Salud Mental de personas con TLP, el 27% de los casos tuvieron uno o más ingresos.

Por lo anterior, se considera importante analizar la evidencia disponible en la literatura científica sobre la comparación de la efectividad de la DBT, SCT, TPF y MBT, que permita identificar el o los enfoques terapéuticos que presentan mayor efectividad, así como conocer las posibles estrategias e intervenciones que resultan más eficaces para el abordaje de la variada sintomatología del trastorno, y que esto contribuya con las buenas prácticas, basadas en evidencia, en la intervención para las personas con TLP que consultan en la CCSS.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Trastorno de la personalidad límite:

El concepto de trastorno límite de la personalidad (TLP) ha evolucionado significativamente, reflejando los cambios en la comprensión psiquiátrica y en las clasificaciones diagnósticas. Las primeras observaciones de este cuadro clínico datan de las décadas de 1930 y 1940. En los años cincuenta, los llamados trastornos “límitrofes” se consideraban dentro del espectro esquizofrénico; Kurt Schneider empleó el término límite para describir a pacientes situados entre la neurosis y la psicosis (Sedivec, 1989; Bateman & Fonagy, 2010, como se citó en Chapman et al., 2024).

En las décadas de 1960 y 1970, la noción de TLP cobró mayor relevancia, al identificarse un grupo de pacientes con patrones sintomáticos específicos que no encajaban claramente en las categorías diagnósticas existentes (Sedivec, 1989; Bateman & Fonagy, 2010, como se citó en Chapman et al., 2024). Finalmente, el reconocimiento formal del TLP como diagnóstico diferenciado ocurrió con la publicación del DSM-III en 1980. Las ediciones posteriores, como el DSM-IV (1994) y el DSM-5 (2013), refinaron sus criterios diagnósticos (Bateman & Fonagy, 2010; Hörz-Sagstetter et al., 2021, como se citó en Chapman et al., 2024).

El DSM-5-TR define el TLP como un patrón generalizado de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, acompañado de marcada impulsividad. Este patrón comienza en la adultez temprana y se manifiesta

en diversos contextos, requiriéndose la presencia de al menos cinco de los siguientes nueve criterios diagnósticos (APA, 2022, pp. 753–754):

1. Esfuerzos frenéticos para evitar el abandono real o imaginario.
2. Un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas, caracterizado por la alternancia entre extremos de idealización y desvalorización.
3. Alteración de la identidad: autoimagen marcada y persistentemente inestable o sentido de uno mismo.
4. Impulsividad en al menos dos áreas que son potencialmente dañinas (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
5. Comportamiento, gestos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación.
6. Inestabilidad afectiva debida a una marcada reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios intensos de disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas pocas horas y rara vez más que unos pocos días).
7. Sentimientos crónicos de vacío.
8. Ira intensa e inapropiada o dificultad para controlar la ira (p. ej., demostraciones frecuentes de mal genio, ira constante, peleas físicas recurrentes).
9. Ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves.

En la CIE-10, el TLP figura bajo la denominación de trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad, caracterizado por impulsividad, estado de ánimo impredecible, relaciones interpersonales conflictivas, distorsiones en la autoimagen y conducta autodestructiva. Se distinguen dos subtipos: impulsivo y límite, siendo este último el que incluye características como sentimientos crónicos de vacío, inestabilidad en las relaciones y comportamientos suicidas (OMS, 2000).

Recientemente, tanto el DSM-5-TR, mediante su modelo alternativo para los trastornos de la personalidad, como la CIE-11, han propuesto un enfoque dimensional basado en el nivel de funcionamiento de la personalidad (FP), entendido como la configuración cognitiva sobre uno mismo y los demás que modela los patrones emocionales e interpersonales (APA, 2022; Zimmerman et al., 2018, como se citó en Ma et al., 2024). En la CIE-11, el diagnóstico se centra exclusivamente en la gravedad del FP, eliminando las categorías específicas, mientras que el patrón límite se considera únicamente un especificador opcional y no un diagnóstico independiente (OMS, 2024, como se citó en Ma et al., 2024).

No obstante, para fines de esta investigación, se mantiene la categorización diagnóstica de la CIE-10, dado que es el manual oficial vigente en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

En el DSM-5-TR los diez diagnósticos clásicos de los trastornos de la personalidad (TP) permanecen sin modificaciones. En cambio, la CIE-11 adopta un enfoque dimensional, donde la evaluación de la gravedad o el funcionamiento constituye el único criterio diagnóstico, eliminando las categorías previas. En este modelo, el patrón límite no se considera una categoría independiente, sino un especificador opcional y adicional (OMS, 2024, citado en Ma et al., 2024). No

obstante, para los propósitos de esta investigación se utiliza la categorización del TLP según la CIE-10, dado que este manual sigue siendo el de referencia en el Expediente Digital Único en Salud (EDUS).

Si bien la lista de síntomas del TLP es amplia, la literatura ha propuesto su agrupación en cuatro dimensiones psicopatológicas (Gunderson, 2010, como se citó en Mirapeix et al., 2017), destacándose las siguientes:

- *Desregulación emocional:* marcada dificultad para modular emociones, alta reactividad emocional y estados afectivos intensos y cambiantes.
- *Desregulación conductual:* impulsividad y comportamientos suicidas o autolesivos, desde conductas no letales hasta intentos graves.
- *Dificultades interpersonales:* hipervigilancia interpersonal, relaciones intensas e inestables, con temor al abandono y esfuerzos extremos por evitarlo.
- *Alteraciones de la identidad:* inestabilidad del autoconcepto, sentimientos crónicos de vacío e incertidumbre en metas y roles vitales; incluye síntomas disociativos o ideación paranoide en contextos de crisis.

Respecto al curso del TLP, se ha observado que los síntomas tienden a disminuir en gravedad a partir de la tercera década de vida, aunque la recuperación plena, que combina remisión sintomática con buen funcionamiento psicosocial, es menos frecuente y más inestable, especialmente entre quienes mantienen prestaciones por discapacidad y mala salud general (APA, 2022, p. 755).

Tratamiento:

El tratamiento habitual del TLP combina psicoterapia no protocolizada, conocido tratamiento habitual (TH), generalmente de orientación cognitivo-conductual, y farmacoterapia para síntomas específicos. Sin embargo, la psicoterapia es la intervención de primera línea, pese a que las tasas de abandono pueden alcanzar entre 22% y 30% (Miller et al., 2022). La División 12 de la APA (2016) destaca cuatro tratamientos basados en la evidencia: Terapia Dialéctica Conductual (DBT), Terapia Basada en la Mentalización (MBT), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TFP) y Terapia Centrada en Esquemas (SCT) (Serna-Guerrero, 2024).

Terapia Dialéctica Conductual (DBT):

La DBT fue desarrollada por la Dra. Marsha Linehan, es una psicoterapia cognitivo conductual de tercera generación que se combina con planteamientos de la filosofía Zen y del budismo, integrando de estos los conceptos de atención plena (mindfulness), valores del ser y aceptación del sufrimiento (Linehan y Wilks, 2015., citados en Serna-Guerrero, 2024).

El modelo original de Linehan asume que el trastorno límite de la personalidad constituye una disfunción del sistema de regulación emocional producto de la interacción entre disfunciones biológicas y un ambiente invalidante; por tanto, los dos componentes fundamentales en el desarrollo del TLP (Linehan, 1993^a, como se citó en Mirapeix et al., 2017) serían:

- La disfunción en la regulación emocional, que se traduce en una alta vulnerabilidad emocional unida a dificultades importantes en la modulación de los afectos.
- El ambiente invalidante, que se refiere todo patrón de crianza que responde con respuestas inapropiadas o no contingentes a la comunicación de experiencias emocionales.

Según la perspectiva dialéctica, la realidad está en continuo cambio, se compone de opuestos (tesis y antítesis) que se integran llegando a la reconciliación de los opuestos o síntesis. La base de la DBT es reconocer esa polaridad y adquirir la habilidad de que ambas posibilidades (tesis y antítesis) son posibles y se pueden integrar en la síntesis (Mirapeix et al., 2017).

El objetivo principal de la terapia es la validación de las capacidades del paciente y el entrenamiento de habilidades con el objetivo de que aprenda a modular la emocionalidad extrema y se reduzcan las conductas desadaptativas dependientes del estado de ánimo, y, por otra parte, que el individuo aprenda a confiar y validar sus propias experiencias, emociones, pensamientos y conductas. La finalidad de esta terapia es que la persona no sólo aprenda a sobrevivir, sino a tener una vida que valga la pena ser vivida (Lynch, et al, 2007, como se citó en Mirapeix et al., 2017).

El tratamiento se estructura en cuatro fases con distintos objetivos, en la primera fase se incluye un periodo de pretratamiento que está dirigido a la orientación del paciente hacia la terapia, el establecimiento de la relación

terapéutica, de las metas y de los compromisos; esta primera parte tiene una duración de alrededor de un año y ahí se llevan a cabo las metas principales del tratamiento: disminuir conductas suicidas, conductas que interfieran en la terapia y conductas que interfieran en la calidad de vida, y aumentar habilidades de atención plena o mindfulness, de regulación emocional, de tolerancia al malestar y habilidades sociales, utilizando terapia individual, terapia de grupo y consultas entre sesiones (utilizando teléfono, email, etc.) (Lynch et al., 2007; como se citó en Mirapeix et al., 2017).

La segunda fase del tratamiento no tiene una duración determinada y está destinada a trabajar aspectos emocionales que se han evitado durante largo tiempo. La tercera fase se dedica a la consolidación de todo lo aprendido y actúa como una prevención de recaídas. En esta fase un objetivo importante es que el paciente vaya consolidando el respeto por sí mismo y que aprenda a validar sus propias experiencias, que logre confiar en sí mismo y en sus capacidades. La cuarta fase tiene como objetivo consolidar estos aspectos con el fin de reducir la sensación de vacío existencial y potenciar sentimientos de plenitud por vivir de acuerdo con sus valores e ir consiguiendo metas vitales (Mirapeix et al., 2017).

Por otra parte, el tratamiento integra dos componentes principales: 1) *Grupo de entrenamiento específico en habilidades*, donde a partir de un acompañamiento grupal se entrenan distintas habilidades en el paciente y 2) *Terapia individual*, donde se busca que la persona ponga en práctica las habilidades aprendidas; además, el terapeuta puede atender y dar respuesta a las crisis del momento, y a otras conductas que interfieren en el curso del tratamiento (Heerebrand et al., 2021.,

como se citó en Serna-Guerrero, 2024). Estos componentes, son complementados con la herramienta el coaching telefónico para situaciones de crisis, la cual cuenta con un prohibiciones y alcances específicos con el objetivo de que los pacientes no hagan un uso injustificado del servicio.

Terapia Centrada en los Esquemas (SCT):

Es una terapia desarrollada por Young que utiliza combina elementos de las escuelas cognitivo-conductual, del apego, Gestalt, relaciones objetales, constructivista y psicoanalítica para obtener un modelo conceptual y de tratamiento unificador (Young et al., 2007). Ha recibido una recomendación de nivel C por parte de La Guía de Práctica Clínica sobre el Trastorno Límite de la Personalidad, para mejorar la sintomatología del TLP así como la recuperación clínica y la calidad de vida” (Guía Práctica Clínica TLP, 2011., como se citó en Mirapeix et al., 2017)

Los esquemas presentados por Young son el nivel más profundo de estructura psicológica, entendidos como patrones duraderos de pensamiento y comportamiento que se forman durante la infancia; se desarrollan a partir de experiencias tempranas donde se presume que no se lograron satisfacer algunas necesidades fundamentales, sumado al temperamento y experiencias tempranas del niño (Alvez, 2023). Los esquemas generan, a su vez, emociones y sensaciones negativas, patrones de relación disfuncionales y dificultades en diferentes áreas de la vida (Young et al., 2007., como se citó en Alvez, 2023).

Los objetivos terapéuticos de la SCT se centran en abordar los patrones disfuncionales de pensamientos, emociones y comportamientos asociados con los esquemas, con el objetivo de promover un cambio cognitivo y emocional significativo (Serna-Guerrero, 2024b). Las fases de la terapia son:

Fase de evaluación: a) Identificar los esquemas centrales de la vida del paciente, hacerlos relevantes en la conciencia, y delimitar su importancia en el funcionamiento psicológico; b) unir los esquemas con los problemas actuales y de la historia de vida o experiencial, c) hacer entrar al paciente en contacto con las emociones circundantes a estos esquemas, d) identificar los estilos de afrontamiento disfuncionales que refuerzan los esquemas (Young, 1994, como se citó en Mirapeix et al., 2017).

Fase de cambio: el objetivo del tratamiento es un cambio en los esquemas y estilos de afrontamiento, lo que significaría en mayor o menor grado: (a) un cambio en la forma de verse a “sí mismo”, (b) una consecución de unos patrones de vida más flexibles (modificación de estilos de afrontamiento), (c) una adaptación más óptima a su medio y (d) una disminución del malestar psicológico. Este cambio implica por lo general utilizar diferentes estrategias cognitivas, emocionales y conductuales, así como la relación terapéutica, para modificar los esquemas y sus estilos de afrontamiento (Van Vreeswijk, Broersen, y Nadort, 2011., como se citó en Mirapeix et al., 2017).

Young y colaboradores identificaron dieciocho esquemas específicos, planteando que la mayoría de los clientes presentan al menos dos o tres de estos esquemas, y a menudo más: privación emocional, abandono/inestabilidad,

desconfianza/abuso, aislamiento social/alienación, defecto/vergüenza, falla, dependencia/incompetencia, vulnerabilidad al daño y la enfermedad, enredo/yo no desarrollado, subyogación, autosacrificio, inhibición emocional, estándares implacables/hipercriticidad, derecho/grandiosidad, autocontrol/autodisciplina insuficiente, búsqueda de aprobación/búsqueda de reconocimiento, negatividad/pesimismo y punitividad (Bricker & Young, 2012).

Existen numerosas técnicas que el terapeuta puede utilizar para ayudar a sus clientes a debilitar sus esquemas: emotivas (animan a los clientes a experimentar y expresar los aspectos emocionales de su problema), interpersonales (resaltan las interacciones del cliente con otras personas para que se pueda exponer el papel de los esquemas), cognitivas (cuestionamiento de las distorsiones cognitivas impulsadas por esquemas) y conductuales (ayuda al cliente a cambiar patrones de conducta a largo plazo) (Bricker & Young, 2012).

Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TPF):

Se basa en la teoría de las relaciones objetales, desarrollada por Otto Kenberg, que sugiere que las experiencias tempranas con figuras significativas (especialmente los padres) moldean las relaciones posteriores. Se considera que las personas con TLP a menudo tienen representaciones mentales fragmentadas y polarizadas de sí mismas y de los demás, lo que lleva a dificultades en sus relaciones interpersonales.

La terapia busca ayudar a los pacientes a integrar los aspectos de su mundo interno que se encuentran disociados para que logren una vivencia coherente respecto de sí mismos y de los demás. Su objetivo es generar un cambio en la organización de la personalidad del paciente y trabajar en las percepciones que éste tiene de sí mismo y de los otros, con el fin de aumentar el funcionamiento intra e interpersonal (Simón & Azpiroz, 2022).

Se enfoca en la relación terapéutica para ayudar a las personas a identificar y cambiar patrones relacionales disfuncionales. Utiliza la relación con el terapeuta como un espejo para entender cómo la persona se relaciona con otros en su vida diaria, permitiendo el análisis de transferencias y la integración de aspectos fragmentados de la personalidad (Zorriqueta, 2021).

El programa terapéutico es manualizado, consta de psicoterapia individual secuenciada en tres fases: 1) *Fase inicial*: formulación y establecimiento del total de relaciones activadas en la vida del paciente, especialmente de las relaciones diádicas; 2) *Fase intermedia*: observación a través de la relación transferencia actual en sesión, del intercambio de los roles correspondientes entre paciente y terapeuta, donde se representan las formas diádicas de relación; y 3) *Fase avanzada*: integración y conexión interpretativa de las transferencias disociadas, positivas y negativas, del reflejo en la transferencia de las relaciones idealizadas y persecutorias.

La psicoterapia se complementa con la supervisión de casos dirigidas por un terapeuta experto en TPF con el objetivo de evaluar el desarrollo del proceso terapéutico, prevenir posibles dificultades y preservar la neutralidad en la relación

terapeuta-paciente a través del análisis de contratransferencias (Kernberg et al., 2008; Yeomans et al., 2022; citados en Serna-Guerrero, 2024)

Terapia basada en la mentalización (MBT):

Esta terapia fue desarrollada por Anthony Bateman y Peter Fonagy, en la década de los 90; en sus inicios fue concebida como una terapia específicamente para el tratamiento del TLP en servicios clínicos grupales o individuales (Gamarra, 2023). Este enfoque terapéutico tiene sus raíces en la teoría del apego y en las teorías psico-dinámicas, parte de la idea de que la mentalización es una habilidad esencial para el funcionamiento psicológico saludable y para establecer relaciones interpersonales satisfactorias (Bateman y Fonagy, 2009., como se citaron en Serna-Guerrero, 2024).

La mentalización, es un concepto central dentro de esta terapia, definida como el proceso mental por el cual un individuo implícita y explícitamente interpreta las acciones de sí mismo y de los demás como significativas sobre la base de estados mentales intencionales tales como deseos personales, necesidades, sentimientos, creencias y razones” (Bateman & Fonagy, 2004, p. 20; como se citó en Gamarra, 2023, p.2).

La MBT propone que las personas con TLP, al poseer una alta sensibilidad interpersonal, experimentan las amenazas a sus figuras de apego con un debilitamiento en su capacidad para mentalizar, y esto a su vez conduce a dificultades en la capacidad para regular sus afectos y comportamiento impulsivo. Es por esto, que el tratamiento parte de la hipótesis de que una adecuada capacidad

de mentalización posibilita la regulación emocional, la reducción de la impulsividad y la construcción de vínculos de apoyo que sean funcionales (Taubner y Volkert, 2019., Fonagy et al., 2011, como se citaron en Gamarra, 2023).

Esta psicoterapia busca fortalecer la capacidad de los pacientes de comprender sus estados de la mente y los de los demás en contextos de apego, con el objetivo de solucionar sus dificultades con los afectos, regulación de impulsos y funcionamiento interpersonal, que actúan como desencadenantes de sus síntomas. (Bateman y Fonagy , 2009., como se citaron en Mirapeix et al., 2017).

Es un tratamiento manualizado, que se hace dentro de un contexto estructurado, siguiendo los principios de tratamiento de la Guía NICE 2009 para tratamiento psicológico de los pacientes límite, con una duración de 18 meses en los que se combina psicoterapia individual y de grupo, con dos terapeutas diferentes (Bateman y Fonagy , 2009., como se citaron en Mirapeix et al., 2017).

Durante el tratamiento, el psicoterapeuta haría énfasis en que el paciente: identifique y nombre sus sentimientos, entienda mejor sus estados emocionales precipitantes y resultantes, los sentimientos en el contexto previo y presente de las relaciones, exprese las emociones de manera apropiada; y entienda sus respuestas y reacciones en el contexto de cada relación. Para esto utiliza diversas técnicas para mejorar la mentalización: preguntas abiertas, exploración de emociones, interpretaciones reflexivas y el uso de narrativas para comprender experiencias pasadas (Fonagy & Bateman, 2006).

CAPÍTULO III

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Con el objetivo de plantear la pregunta de investigación de la presente revisión bibliográfica, se utilizó el formato PICO, metodología mayormente empleada en la disciplinas de las ciencias de la salud, la cual refiere a la siguiente estructura: (P) paciente o problema de interés, (I) Intervención (terapéutica, preventiva, diagnóstica, exposición de riesgo, etc.), (C) intervención de comparación: alternativa con la que comparar la intervención principal y (O) (outcomes) resultado a valorar: efectos de la intervención, en términos de mejora, efectos secundarios, etc., (Martínez et al, 2016).

P	Personas adultas de 18 años en adelante, con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad
I	Terapia Dialéctica Conductual (DBT) Terapia Centrada en los Esquemas (SCT) Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TPF) Terapia basada en la Mentalización (MBT) Tratamiento Habitual (TH)
C	Comparación de la eficacia entre las terapias seleccionadas
O	Desregulación emocional, desregulación conductual, dificultades interpersonales, alteración de la identidad

Fuente: Elaboración propia.

¿Cuál es la evidencia disponible en la literatura científica sobre la comparación de la eficacia de la terapia dialéctica conductual, la terapia centrada en los esquemas, la psicoterapia focalizada en la transferencia y la terapia basada en la mentalización en el tratamiento de personas adultas con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad?

OBJETIVOS

Objetivo General

Conocer la evidencia científica de la eficacia comparativa de la terapia dialéctica conductual, terapia de centrada en los esquemas, psicoterapia focalizada en la transferencia y terapia basada en la mentalización en el tratamiento de personas adultas con el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.

Objetivos Específicos

- Conocer la evidencia científica sobre la eficacia comparativa de la terapia dialéctica conductual, terapia centrada en los esquemas, psicoterapia focalizada en la transferencia y terapia basada en la mentalización en el tratamiento de personas adultas con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.
- Evidenciar la eficacia de aplicación de la terapia dialéctica conductual, terapia centrada en los esquemas, psicoterapia focalizada en la transferencia y terapia basada en la mentalización en la reducción de los síntomas asociados a la

desregulación emocional y conductual, problemas interpersonales y alteración de la identidad.

- Identificar las variables y/o intervenciones psicoterapéuticas propias de la terapia dialéctica conductual, terapia centrada en los esquemas, psicoterapia focalizada en la transferencia y terapia basada en la mentalización asociadas a la reducción de los síntomas de desregulación emocional y conductual, problemas interpersonales y alteración de la identidad.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

Estrategia metodológica

Este trabajo de investigación corresponde a una revisión sistemática, herramienta metodológica, bajo el enfoque de la Psicología Basada en la Evidencia (PBE), la cual permite incidir en la estrategia de trabajo del profesional de la psicología, al tomar en consideración en sus decisiones cotidianas las mejores evidencias o pruebas científicas acerca de un determinado problema (Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Es así como la revisión sistemática requiere de una pregunta formulada con claridad, que utiliza métodos sistemáticos y explícitos para identificar, seleccionar y valorar críticamente investigaciones relevantes de la pregunta, así como recoger y analizar datos de los estudios incluidos en la revisión (Martín, Tobías y Seoane, 2006., como se citaron en Sánchez-Meca y Botella, 2010).

Para la búsqueda se utilizó el método conocido como Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement (PRISMA-P) (Moher et al., 2010).

Unidades de análisis

Las unidades de análisis para esta investigación correspondieron a artículos de investigación, extraídos de bases de datos con acceso directo en idioma español e inglés, relacionados con el estudio comparativo de la eficacia de la DBT, MBT,

TPF y SCT en el tratamiento de las personas adultas con trastorno límite de la personalidad.

La búsqueda se realizó durante el mes de diciembre de 2024 y enero 2025, a través de las bases de datos electrónicas del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información de la Universidad de Costa Rica (SIBDI) y Biblioteca Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Antonio Chapuí y Torres, en específico las bases de datos: Cochrane, EBSCO, Pubmed y Science Direct.

Adicionalmente, se realizó una búsqueda complementaria en Google Scholar, con el objetivo de recuperar artículos relevantes que habían sido referenciados en los estudios iniciales, pero que no se encontraban indexados en las bases de datos consultadas. Esta búsqueda permitió enriquecer el corpus final de estudios incluidos.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Artículos publicados entre el 2019 y 2024, en los que se realizara un estudio comparativo de la eficacia la DBT, SCT, TPF y MBT, entre estas y con otros tratamientos no protocolizados (TH).
- Artículos cuya población de estudio incluya personas mayores de 18 años con diagnóstico de TLP.
- Artículos de ensayos clínicos aleatorizados y controlados, metaanálisis, revisiones sistemáticas o narrativas.

- Artículos recuperados de las bases de datos Cochrane, EBSCO, Pubmed y Science Direct.
- Artículos con acceso abierto a texto completo.
- Publicaciones en idioma español o inglés.

Criterios de exclusión

- Estudios llevados a cabo exclusivamente con población menor de 18 años.
- Estudios cuya población cuente con otros diagnósticos diferentes al trastorno límite de la personalidad.
- Estudios que hayan utilizado otras terapias o tratamientos psicológicos no relacionados con las terapias definidas en los objetivos del estudio.
- Artículos que requieran pago económico para su adquisición.
- Artículos escritos en otros idiomas.

Recuperación de artículos

Estrategia de búsqueda y buscadores

Para la recuperación de los artículos, se llevó a cabo en primera instancia una revisión preliminar de la literatura, con el objetivo de identificar las palabras clave más relevantes, así como las bases de datos con mayor cantidad de información relacionada con el tema de interés. Esta revisión exploratoria se realizó en las bases de datos: Science Direct, Clinical Key Elsevier, Dialnet, EBSCO, JAMA Psychiatry, ProQuest Central, SciELO y Redalyc.

Posteriormente, se definieron como fuentes principales de búsqueda las bases de datos electrónicas: **Cochrane Library**, **EBSCO**, **PubMed** y **ScienceDirect**, a través del Sistema de Bibliotecas, Documentación e Información (SIBDI) de la Universidad de Costa Rica y la Biblioteca Médica del Hospital Nacional de Salud Mental Antonio Chapuí y Torres.

La búsqueda sistemática se realizó entre diciembre de 2024 y enero de 2025, mediante palabras clave en español e inglés, en combinación con operadores booleanos, en concordancia con los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Las palabras clave utilizadas fueron:

- *Effectiveness AND dialectical behavior therapy AND schema therapy AND mentalization based treatment AND transference focused psychotherapy AND borderline personality disorder*
- *Effectiveness AND dialectical behavior therapy AND schema therapy AND borderline personality disorder*
- *Effectiveness AND dialectical behavior therapy AND mentalization based treatment AND borderline personality disorder*
- *Effectiveness AND dialectical behavior therapy AND transference focused psychotherapy AND borderline personality disorder*
- *Effectiveness AND schema therapy AND transference focused psychotherapy AND borderline personality disorder*
- *Effectiveness AND schema therapy AND mentalization based treatment AND borderline personality disorder*

- *Effectiveness AND mentalization based treatment AND transference focused psychotherapy AND borderline personality disorder*
- *Efectividad AND tratamientos psicológicos AND trastorno límite de la personalidad*

Adicionalmente, como estrategia complementaria, se realizó una búsqueda dirigida en **Google Scholar**, con el propósito de recuperar artículos adicionales que hubieran sido referenciados en los textos identificados en las bases de datos principales, pero que no estuvieran directamente indexados en ellas. Los artículos recuperados por esta vía fueron evaluados bajo los mismos criterios metodológicos de inclusión y exclusión para asegurar su relevancia y calidad. Esta búsqueda complementaria se encuentra reflejada en el diagrama de flujo PRISMA, donde se especifica la cantidad de estudios recuperados mediante este método.

Procedimientos

En la primera etapa se realizó la búsqueda en las bases de datos definidas utilizando las palabras clave anteriormente señaladas, luego de realizar el filtro se obtuvo un total de $n=1504$ artículos. Esta información se recolectó en una matriz en Excel en la que se recopiló el nombre de la base de datos donde fue encontrado el artículo, nombre de las/los autores, título y resumen, posteriormente se utilizó la herramienta de eliminación de duplicados de Excel, descartando $n=110$ duplicados, quedando una muestra de $n=1294$ artículos.

En una segunda etapa, se procedió a realizar un primer cribado, en el que se dio lectura a los títulos y resúmenes de los artículos, para identificar si cumplían

con los criterios de inclusión y exclusión, así como, su relación con las variables de interés. En este primer cribado se descartaron $n=1038$ artículos, ya que los mismos hacían referencia a otras terapias diferentes a las definidas en la investigación. Posteriormente se revisaron aquellas unidades de análisis resultantes ($n=356$), que hacían referencia a la DBT, SCT, TPF o MBT, para verificar si incluían un estudio comparativo con otras terapias, se descartaron $n=329$ artículos, que solo hacían un análisis de las terapias interés de manera individual (DBT: $n=93$, SCT: $n=129$, MBT: $n=86$, TPF: $n=21$), quedando $n=27$ unidades de análisis.

En la tercera etapa, se realizó el cribado final, que consistió en obtener y leer el texto completo de los 27 artículos que hacían referencia a las terapias de interés en comparación con otras psicoterapias, en este proceso se descartaron $n=22$ artículos que no cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, ni realizaba un análisis comparativo de las cuatro psicoterapias de interés ($n=19$ no comparaban las cuatro psicoterapias, $n=1$ correspondía exclusivamente a población adolescente, $n=1$ el artículo solo era accesible por medio de pago y $n=1$ el tipo de estudio no correspondía a los criterios de selección), finalmente se seleccionaron 5 artículos que cumplían con los criterios planteados para esta revisión.

Diagrama de flujo

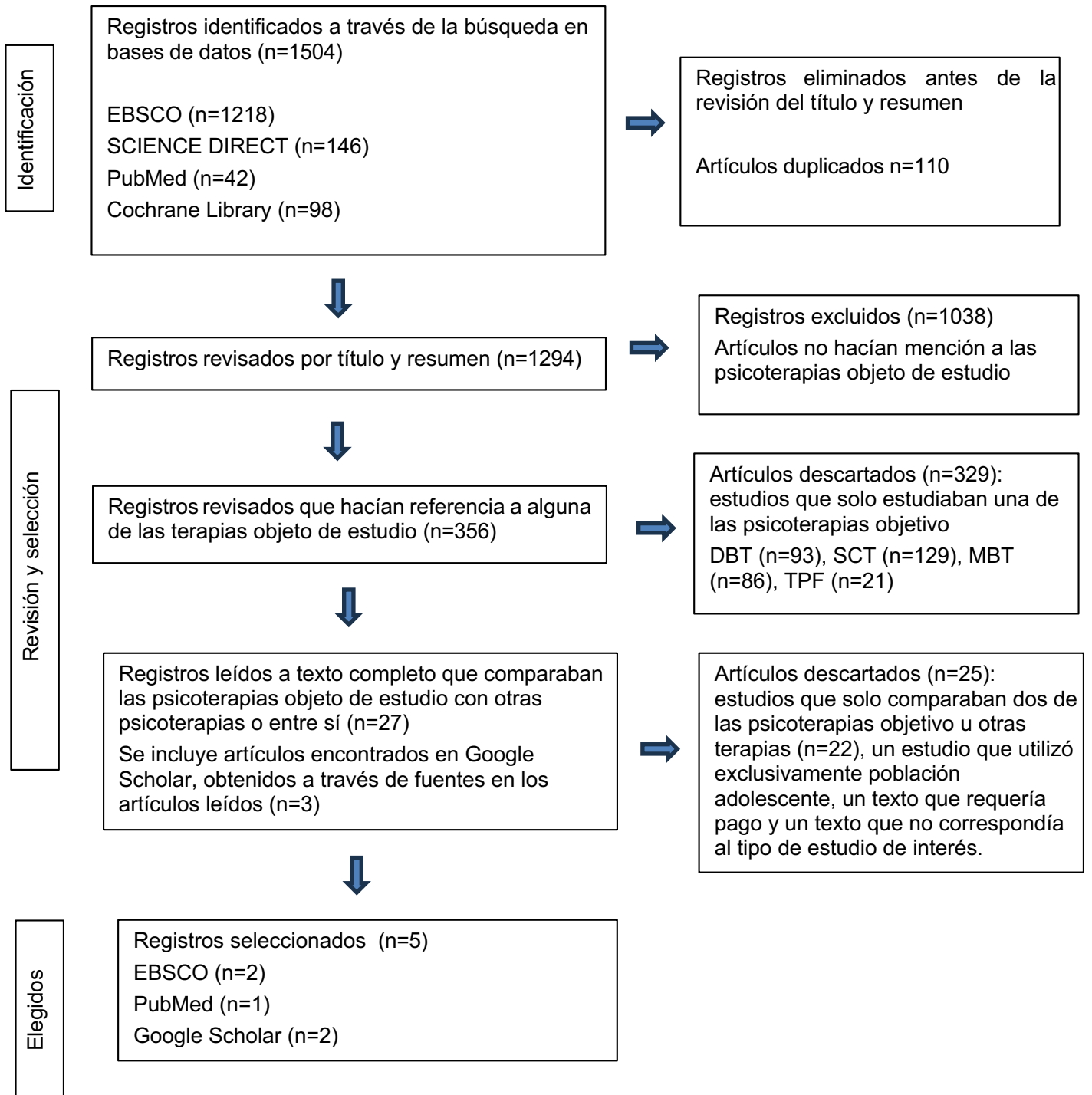


Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA-P. Elaboración propia

Evaluación de la calidad metodológica de las unidades de análisis incluidas

La calidad metodológica de los estudios seleccionados se evaluó mediante la herramienta **AMSTAR 2** (A MeaSurement Tool to Assess systematic Reviews) (Shea et al., 2017), recomendada para valorar revisiones sistemáticas que incluyen ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados. Esta herramienta permite evaluar críticamente 16 dominios metodológicos, diferenciados en críticos y no críticos, para clasificar cada estudio en uno de cuatro niveles de calidad global: alta, moderada, baja o críticamente baja.

La aplicación de la herramienta en línea se realizó manualmente por la investigadora principal, siguiendo las directrices del manual de AMSTAR 2. Los resultados de la evaluación fueron utilizados para describir la robustez metodológica de los estudios incluidos y fueron considerados en la interpretación y discusión de los hallazgos.

Extracción de datos

Una vez que las unidades de análisis fueron seleccionadas se procedió con la extracción de los datos para el respectivo análisis. Para esto, se construyeron tres tablas, la primera muestra la información básica de los estudios seleccionados, incluyendo nombre de los autores, título del artículo, año de publicación, tipo de estudio, país donde se realizó la investigación y resumen. La segunda tabla amplía información de cada uno de los artículos seleccionados, incluyendo tamaño de muestra, tipo de estudio, duración del tratamiento, psicoterapias comparadas y evaluación de la calidad del estudio, para esto se

utilizó la herramienta AMSTAR 2, herramienta de evaluación crítica para revisiones sistemáticas que incluyen estudios aleatorizados o no aleatorizados de intervenciones sanitarias, o ambos (Shea et al., 2017)

La tercera tabla, incluye los resultados principales de la comparación de la eficacia de las principales psicoterapias en las dimensiones psicopatológicas del TLP.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Estudios seleccionados

Luego del proceso de revisión y análisis de los artículos disponibles, se realizó una selección de 05 artículos que cumplieron los criterios definidos para esta investigación.

Tabla 1.1

Artículos seleccionados

n.º	Título	Autor (es)	Año	País	Resumen
1	Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: Comparación de tratamientos.	Font-Domènech, E.	2019	España	Revisión cualitativa de ensayos controlados aleatorizados (ECA) sobre eficacia de psicoterapias para TLP. Se concluye que la evidencia científica sugiere que las psicoterapias estructuradas contribuyen de manera significativa en la mejora de los cuadros limítrofes, tanto en su sintomatología como en su funcionamiento.
2	Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types.	Remeckers et al.	2021	Países Bajos	Metaanálisis multinivel que examinó la efectividad de las psicoterapias para el TLP en adultos. La SCT, MBT y la DBT mostraron tamaños de efecto mayores que el tratamiento habitual. Los mayores beneficios, se observaron en la gravedad global y la inestabilidad afectiva; la disociación, la ira, la impulsividad y la tendencia suicida/autolesión mejoraron en menor grado.

n.º	Título	Autor (es)	Año	País	Resumen
3	Psychotherapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review	Crotty et al.	2024	Estados Unidos	Revisión sistemática comparativa de psicoterapias especializadas entre sí o TH. Aunque todas las terapias incluidas mostraron efectividad, evidencia de baja certeza sugiere que la DBT, SCT, TPF, y otras terapias cognitivo-conductuales son más efectivas, sin demostrar superioridad clara entre ellas.
4	Borderline Personality Disorder: a narrative review on effective psychotherapies	Neri et al.	2024	Italia	Revisión narrativa de estudios sobre las psicoterapias actuales más efectivas para el tratamiento del TLP. Concluye que ninguna terapia es efectiva por sí sola, siendo la DBT y la SCT las más eficaces para controlar los síntomas impulsivos, autolesivos y comorbilidades.
5	Borderline Personality Disorder: Effectiveness of Evidence-Based Therapeutic Interventions	Serna-Guerrero.	2024	México	Revisión teórica y técnica de la DBT, MBT, TPF y SCT en el tratamiento del TLP. Destaca que las psicoterapias con diseños más estructurados presentan mayor eficacia para mejorar tanto los síntomas específicos como el funcionamiento global del TLP.

Nota. Elaboración propia.

De la totalidad de artículos seleccionados, 80% de ellos estaban en idioma inglés ($n=4$) y 20% en idioma español ($n=1$). La muestra se compone de 2 revisiones sistemáticas (33%), realizadas en Estados Unidos y España; 2 revisiones narrativas (33%), realizadas en Italia y México; un metaanálisis multinivel (17%), ejecutado en Países Bajos.

Tabla 1.2

Información metodológica de los estudios seleccionados

Título artículo	Tipo de estudio/tamaño de muestra/población estudio	Terapias estudiadas/comparadas	Duración del estudio y/o intervenciones	Evaluación calidad del artículo/estudio
Trastorno límite de la personalidad: revisión sistemática de las intervenciones TLP: Comparación de tratamientos.	<p>Revisión sistemática 21 ECA, con muestra original en el artículo y que comparan dos o más terapias para el TLP (1997-2017).</p> <p>Población estudio: participantes que cumplieran los criterios del DSM-III-R y DSM-IV- TR para el TLP, mayores de 18 años.</p>	<p>DBT vs TH, DBT vs TPF, SCT vs HT, SCT vs PE (psico educación), SCT vs TPF, MBT vs TH, Psicoterapia Analítica vs TH, STEPPS (Systems training for emotional predictability and problem solving” vs TH</p>	De 12 semanas a 3 años, con la excepción de un estudio que contó con seis sesiones durante 6 a 8 semanas	<i>Calidad críticamente baja (AMSTAR 2)</i>
Effectiveness of Psychological Treatments for Borderline Personality Disorder and Predictors of Treatment Outcomes: A Multivariate Multilevel Meta-Analysis of Data from All Design Types.	<p>Metaanálisis multinivel 87 estudios: 35 ECA, 46 ensayos abiertos y 6 ensayos no ECA (publicados entre 1991 al 2019).</p> <p>En los estudios se incluyeron adultos ≥ 18 años, con diagnóstico principal de TLP según los criterios del DSM-III, DSM-III-R o DSM-IV (TR).</p>	<p>DBT, DBT reducida, ST, MBT, Terapia Psicodinámica, TCC, TFP, TH y CTBE.</p>	La duración de los tratamientos incluidos varió considerablemente, desde seis semanas hasta más de dos años.	<i>Alta calidad (AMSTAR 2)</i>

Título artículo	Tipo de estudio/tamaño de muestra/población estudio	Terapias estudiadas/comparadas	Duración del estudio y/o intervenciones	Evaluación calidad del artículo/ estudio
	<p>La selección final incluyó 33 grupos de tratamiento, para DBT (n=2503), 11 para SCT (n=263), 10 para DBT min (n= 273), 9 para MBT (n=468), 9 para Terapia Psicodinámica (n=488), 6 para Terapia Cognitiva Conductual (TCC), (n=161), 5 para TFP (n=157), 24 para tratamiento habitual (TH) (n=724), 2 para Tratamiento comunitario por expertos (CTEB (n=101) y 4 para terapias mixtas (n=363).</p> <p>Se evaluaron varios predictores, como el tipo de ensayo y resultado (continuo o dicotómico), el entorno, el dominio de síntomas del TLP y la edad media. Controlaron las diferentes duraciones del tratamiento y la relación logarítmica entre la duración del tratamiento y la efectividad.</p> <p>Para el análisis de los resultados se examinaron los contrastes de desviación para cada uno de los predictores categóricos seleccionados en los modelos finales. Cada nivel de los predictores se comparó con el efecto promedio estimado, que fue alto ($g=0,921$).</p>			

Título artículo	Tipo de estudio/tamaño de muestra/población estudio	Terapias estudiadas/comparadas	Duración del estudio y/o intervenciones	Evaluación calidad del artículo/ Estudio
Psychotherapies for the Treatment of Borderline Personality Disorder: A Systematic Review	<p>Revisión sistemática Incluyó 25 estudios (20 ECA, 3 ensayos no aleatorios, un estudio de cohorte prospectivo y un estudio de cohorte retrospectivo).</p> <p><i>Población:</i> Personas ≥ 13 años con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad.</p> <p>La selección de estudios incluyó:</p> <p>DBT (12 estudios), MBT (5 estudios), TFP (4 estudios) y SCT (4 estudios)</p> <p>Como comparadores activos se eligió el tratamiento habitual (TH) y otras psicoterapias.</p>	<p>DBT vs TH, MBT, TFP, STEPPS, PDD (Psicoterapia deconstructiva dinámica), Terapia de Apoyo, manejo psiquiátrico general manualizado para el TLP. MBT vs TH, DBT, Terapia de Apoyo. TFP vs TH, Terapia de Apoyo SCT vs TH, TFP STEPPS, PDD y ACT vs TH, Terapia cognitiva asistida manual (MACT) vs TH, TCC (Terapia Cognitiva Conductual) vs TH</p>	<p>La duración de los estudios varió de 12 semanas a 3 años, con la excepción de un estudio que contó con seis sesiones durante 6 a 8 semanas</p>	<p><i>Alta calidad</i> (AMSTAR 2)</p>
Borderline Personality Disorder: a narrative review on effective psychotherapies	<p>Revisión narrativa, artículos publicados entre 2019 y 2023, sobre nuevos tratamientos psicoterapéuticos para el TLP.</p>	<p>DBT, ST, MBT, TFP, EMDR, ACT, Activación Conductual, Terapia Interpersonal Metacognitiva, Terapia cognitiva basada en Mindfulness, y enfoques generalistas (Atención escalonada, Manejo Psiquiátrico General y clínico Estructurado.</p>	<p>No hay detalle de la duración de los tratamientos comparados. Estudios originales no pudieron ser recuperados por no estar disponibles o requerían pago para su acceso.</p>	<p><i>Calidad críticamente baja</i> (AMSTAR 2).</p>

Título artículo	Tipo de estudio/tamaño de muestra/población estudio	Terapias estudiadas/comparadas	Duración del estudio y/o intervenciones	Evaluación calidad del artículo/ Estudio
Borderline Personality Disorder: Effectiveness of Evidence-Based Therapeutic Interventions	<p>Revisión narrativa sobre intervenciones basadas en la evidencia diseñadas específicamente para el tratamiento del TLP y análisis de la eficacia comparativa de algunas de ellas.</p> <p>Se incluyeron 12 estudios: ensayos clínicos aleatorizados, revisiones sistemáticas y Metaanálisis.</p>	DBT, TFP, SCT y MBT	<p>No hay detalle de la duración de los tratamientos comparados. Se intentó buscar los estudios referidos; sin embargo, algunos no pudieron ser recuperados por no estar disponibles o requerían pago para su acceso</p>	<i>Calidad críticamente baja</i> (AMSTAR 2)

Nota. Calidad críticamente baja en AMSTAR 2 indica que el estudio presenta más de un defecto crítico, especialmente en los elementos que otorgan rigor a la estrategia metodológica (por ejemplo, falta de detalle en los criterios de inclusión y exclusión, omisión de artículos relevantes, ausencia de análisis de sesgo o heterogeneidad), por lo que no es confiable como resumen completo de los estudios disponibles. Alta calidad en AMSTAR 2 indica que no se identifican debilidades críticas y a lo sumo una no crítica, proporcionando un resumen exacto y completo de los estudios incluidos. Elaboración propia.

Tabla 1.3*Comparación de la eficacia de las principales psicoterapias en dominios clínicos del TLP*

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
DBT vs TH Font-Domènech (2019)	DBT muestra mejoría de la sintomatología ansiosa y depresiva, aunque la diferencia no es significativa frente al TH. Algunos estudios han identificado reducción significativa de la ira; otros estudios refieren que aunque hay mejorías con DBT la diferencia no es significativa.	De manera general, la evidencia demuestra superioridad de la DBT en la reducción significativa de las conductas suicidas y autolesivas, así como en la ideación suicida.	Resultado heterogéneos, unos ECA muestran cambios favorables en el funcionamiento interpersonal y disminución de inestabilidad con superioridad de la DBT; sin embargo, otros refieren que no hay diferencias significativas entre ambas. Un ECA encontró que los pacientes que recibieron DBT mejor afiliación terapéutica que con TH.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	DBT y TH demuestran cambios significativos favorables en la frecuencia de los días de hospitalización, dominio emocional y funcionamiento de la salud mental global, sin diferencias significativas.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada.

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
DBT vs TH Crotty et al. (2022)	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	La DBT fue la psicoterapia más estudiada para el tratamiento del TLP. La DBT es más efectiva que el tratamiento habitual para reducir los síntomas asociados con el TLP y mejorar el funcionamiento, pero los hallazgos mixtos sugieren que el tratamiento habitual puede ser tan efectivo como la DBT para mejorar la gravedad del TLP.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada
DBT vs TPF Font-Domènech (2019)	DBT y la TPF, frente a otra terapia, mostraron beneficios significativos en la disminución de sintomatología	La ideación y comportamientos suicidas disminuyeron significativamente en ambas terapias.	Ambas terapias obtuvieron mejoras relevantes en el ajuste social.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	Ambas terapias obtuvieron mejoras relevantes en el funcionamiento global y ajuste social.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
		La TPF mostró reducción significativa de presencia de irritabilidad agresión verbal y hetero agresión.				
Serna-Guerrero (2024)	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	La TFP y DBT lograron un vínculo sólido entre paciente y terapeuta, no hay estudios que den cuenta de los otros dos modelos.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada
DBT vs SCT Rameckers et al. (2021)	La SCT y la DBT reducida mostraron los cambios más significativos en los dominios de síntomas del TLP en comparación con el efecto promedio del	La SCT se relacionó con el mayor cambio en la impulsividad y tendencia suicida.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	La SCT se relacionó con el mayor cambio en los criterios que mostraron la menor mejora general (disociación).	No se hace referencia a otras variables.	No se detallan las intervenciones o técnicas.

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
	tratamiento. La DBT reducida mostró las mayores mejoras en la ira y la inestabilidad afectiva.					
Neri et al. (2024)	La SCT beneficiaría más a los pacientes con alta traumatización infantil o comorbilidad con TEPT ya que aborda directamente el trauma.	Los pacientes con altos niveles de autolesión y suicidio, así como alta impulsividad, se beneficiarán más de la DBT , mientras que los pacientes con trastorno de personalidad por evitación y comorbilidad se beneficiarán más de la ST .	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	Eficacia de DBT y la SCT sobre otros enfoques. La SCT al ser un enfoque transdiagnóstico, podría explicar la mayor reducción de las comorbilidades psiquiátricas y a una mayor mejora de la calidad de vida en general. Ambas formas de tratamiento se consideran prometedoras para el TLP.	En el caso de la DBT , al enseñar a los pacientes habilidades funcionales para aceptar y regular sus emociones, esto mejorará las dificultades de regulación emocional de los pacientes.

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
DBT vs MBT Serna-Guerrero (2024)	No hay referencia comparativa en esta variable.	Un estudio comparativo entre DBT y MBT , encontró que ambas son efectivas en la reducción con las conductas autolesivas.	No hay referencia comparativa en esta variable.	No hay referencia comparativa en esta variable.	No hay referencia comparativa en esta variable.	En el caso de la DBT y MBT , se ha planteado que la efectividad de ambas radican en la consideración de escuchar atentamente los sentimientos del paciente, incluso aquellos relacionados con la psicoterapia misma.
SCT vs MBT Rameckers et al. (2021)	No hay referencia comparativa.	Con grandes tamaños del efecto, la SCT y la MBT se relacionaron sólidamente con mayores reducciones en la tendencia suicida en comparación con el efecto promedio del tratamiento.	No hay referencia comparativa.	No hay referencia comparativa.	No hay referencia comparativa.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
TPF vs TH Font-Domènech (2019)	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	El grupo que recibió TH no mostró cambios significativos en la proporción de pacientes que presentaron conductas para suicidas, y la PTF fue superior de manera significativa.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No se hace referencia a otras variables.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada
TPF vs SCT Font-Domènech (2019)	Tras 36 meses de tratamiento ambas mostraron beneficios en los síntomas del TLP; pero la SCT fue superior. En la ira no se evidenciaron cambios relevantes.	Aunque ambos tratamientos muestran beneficios, la SCT fue superior en disminución de impulsividad, conductas autolíticas, ideación suicida y paranoica.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	La SCT muestra evidencia superior en la gestión del temor al abandono respecto a la TPF.	La SCT muestra evidencia superior en la calidad de vida.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada.

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
Neri et al. (2024)	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	Un ECA que comparó la SCT con TFP , mostró una mejor relación coste-efectividad de la ST .	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada.
DBT vs SCT vs TPF vs MBT vs TH Rameckers et al. (2021)	La SCT (g=1,233) y la DBT reducida (g=1,123) presentaron los mayores tamaños del efecto en la reducción global de los síntomas del TLP, superando la media de todas las intervenciones. La inestabilidad afectiva presentó mejoras de moderadas a grandes. La ira fue el dominio con	El TH obtuvo los peores resultados en los dominios de impulsividad y tendencia suicida.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	Se identifica para todos los tratamientos menor mejoría en la disociación (g=0,662). El TH obtuvo los peores resultados en el dominio de disociación.	Todos los tratamientos resultaron eficaces para reducir los síntomas del TLP, con efectos de moderados a grandes. La DBT reducida mostró un tamaño del efecto ligeramente mayor que la DBT completa (g=0,226), aunque la diferencia fue pequeña.	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada.

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
	<p>menor mejoría relativa.</p> <p>El TH obtuvo los peores resultados en dominios de vacío, ira, inestabilidad afectiva.</p>				<p>Los tratamientos más eficaces mostraron patrones similares de mejora en diferentes dominios sintomáticos. Esto puede ser útil para desarrollar tratamientos personalizados, adaptados a los perfiles sintomáticos.</p>	
					<p>Los hallazgos son consistentes con estudios previos, que encontró diferencias claras solo entre tratamientos especializados y el tratamiento habitual, no entre las distintas terapias especializadas entre sí.</p>	

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones/ técnicas asociadas a efectividad
Crotty et al. (2022)	<p>El tratamiento habitual y las nueve psicoterapias incluidas fueron efectivas para tratar la gravedad y los síntomas del TLP.</p> <p>Una certeza de evidencia de moderada a baja, sugiere que la DBT, SCT, TFP y MBT fueron más efectivas que la terapia habitual para el tratamiento de uno o más resultados relacionados con el TLP.</p>	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	<p>En un ECA (N=90) calificado como de alto riesgo de sesgo que comparó la DBT con la MBT para el TLP y un ECA de tres brazos (N=62) calificado como de alto riesgo de sesgo comparó la DBT con la TFP y la SCT. En dichos estudios se concluye que la evidencia no es suficiente para determinar la eficacia comparativa de la DBT frente a estas otras psicoterapias.</p>	No se detallan las intervenciones o técnicas de cada terapia estudiada.
Neri et al. (2024)	Señalan que los pacientes con un alto nivel de trauma infantil y/o comorbilidad con	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	En concreto, entre las psicoterapias disponibles, los estudios analizados mostraron el papel	Estudios recientes han demostrado la eficacia del "entrenamiento de habilidades" (uno de los

Terapias comparadas	Desregulación emocional	Desregulación conductual	Relaciones interpersonales	Alteración de la identidad	Resultados Generales	Intervenciones /técnicas asociadas a efectividad
Serna-Guerrero (2024)	TEPT, u otros problemas de comorbilidad se beneficiarán más de la SCT. La DBT ha contribuido con una disminución de la ansiedad que representa una mejora en la calidad de vida del paciente, aunque la evidencia no es significativa.	En el uso de la DBT se ha comprobado su eficacia en numerosos estudios clínicos para el tratamiento del TLP, ayudando a reducir las conductas autolesivas y la impulsividad.	En el uso de la DBT se ha comprobado su eficacia en numerosos estudios clínicos para el tratamiento del TLP, ayudando a reducir los problemas de relación.	No hay referencias específicas sobre esta variable en el estudio.	predominante de la DBT y la SCT sobre otros enfoques. La combinación o integración de terapias (MBT + DBT + SCT) no mostró resultados superiores a los obtenidos por cada terapia por separado. Todas las terapias estructuradas disminuyeron significativamente el uso de servicios médicos.	componentes centrales de la DBT) practicado de manera independiente, en comparación con la DBT estándar La TPF basa su efectividad en la alianza terapéutica como herramienta para modificar las dinámicas relacionales disfuncionales. A través de la transferencia y contratransferencia, para identificar y comprender patrones relacionales.

Nota. Elaboración propia.

De manera general, es importante señalar que en la evaluación de la calidad metodológica, dos estudios fueron clasificados como de *calidad alta*, al cumplir con los principales criterios críticos y no críticos establecidos por AMSTAR 2. Por otro lado, tres estudios presentaron deficiencias significativas en aspectos clave, como la ausencia de registro de protocolo o evaluación incompleta del riesgo de sesgo, por lo que fueron clasificados como de *calidad críticamente baja*. Estos hallazgos evidencian que, si bien existe evidencia robusta sobre la eficacia comparativa de las psicoterapias para el TLP, la heterogeneidad en la calidad metodológica de los estudios incluidos limita la posibilidad de establecer conclusiones definitivas con alta certeza.

Tomando en cuenta lo anterior, los hallazgos obtenidos a través de la revisión de las unidades de análisis seleccionadas evidencian que no existe una única terapia claramente superior en todos los dominios clínicos, sino que cada enfoque muestra fortalezas específicas que la hacen más adecuada según las características del paciente; a continuación, se discutirá sobre los principales hallazgos de la evidencia comparativa de las psicoterapias estudiadas según las principales dimensiones psicopatológicas del TLP.

CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El trastorno de personalidad límite de la personalidad constituye una manifestación patológica de la personalidad, que suele asociarse principalmente con la inestabilidad afectiva y alteraciones conductuales concomitantes; debido a la variedad sintomatológica y gravedad del trastorno las personas que lo padecen suelen presentar un nivel de sufrimiento emocional alto así como dificultades en su capacidad de adaptación social, lo que tiene consecuencias significativas en su calidad de vida. Es por esto que cada vez más estudios se han interesado en indagar sobre los distintos abordajes psicoterapéuticos basados en evidencia para intentar determinar si los abordajes son efectivos y si existen alguna superioridad de uno sobre otro en el tratamiento de estas personas.

Los estudios seleccionados para esta revisión sistemática, muestran resultados comparativos de la DBT, MBT, SCT y TPF, principalmente frente al tratamiento habitual, no manualizado, y entre sí. Los resultados esta revisión confirman que las psicoterapias estructuradas son significativamente más eficaces que el tratamiento habitual para el manejo del trastorno límite de la personalidad (TLP), en consonancia con la literatura previa.

Desregulación Emocional

La desregulación emocional asociada a una alta reactividad emocional es una de las dimensiones principalmente abordada en los estudios comparados. La

DBT muestra eficacia consistente en disminuir sintomatología ansiosa y depresiva, reactividad emocional y mejorar la calidad de vida, aunque con evidencia heterogénea para la reducción de sentimientos de enojo e ira. La MBT, TPF y SCT también han demostrado mejoras en la sintomatología afectiva, pero no con superioridad clara entre ellas. Un estudio resalta que la SCT es más efectiva que la DBT en pacientes con comorbilidades como TEPT.

Estos hallazgos sugieren que, aunque la DBT es la terapia con mayor respaldo empírico para la desregulación emocional, no necesariamente es la única opción eficaz ni la más adecuada para todos los perfiles clínicos. La superioridad de la SCT en pacientes con trauma y comorbilidades resalta la importancia de adaptar las intervenciones a las necesidades individuales, considerando tanto la historia clínica como la complejidad psicopatológica. En conjunto, estos resultados apoyan la visión de que las intervenciones para el TLP deben ser seleccionadas no solo por su evidencia general, sino también por su pertinencia para las características específicas del paciente.

Desregulación conductual

La dificultad en el control de los impulsos y los comportamientos suicidas representa una de las dimensiones que genera mayor disfunción en la persona y, por lo tanto, incrementa la demanda de atenciones en los servicios de salud. La DBT y SCT destacan de manera significativa en la reducción de las conductas suicidas, parasuicidas, ideación suicida y paranoide, así como en la disminución en la cantidad de hospitalizaciones; siendo la DBT la que logra esto con mayor rapidez.

De igual manera, se ha identificado una tendencia generalizada hacia la disminución de los síntomas comúnmente asociados a la desregulación conductual en la MBT, SCT y TPF, superior al tratamiento habitual. La TPF en un estudio evidenció ser eficaz para reducir la agresión, irritabilidad y hetero agresión. Estos hallazgos refuerzan la idea de que la DBT es especialmente eficaz para intervenciones en crisis y reducción rápida del riesgo; además, la eficacia específica de la TPF para reducir la irritabilidad y la agresión verbal evidencia que ciertos enfoques psicodinámicos, centrados en la relación terapéutica y la comprensión de los patrones relacionales, pueden ser especialmente valiosos en casos donde predominan las dificultades en la expresión emocional y la hostilidad interpersonal.

Dificultades interpersonales

Las relaciones interpersonales en el TLP son complejas, caracterizadas por ambivalencia, idealización y temor al abandono, lo cual también afecta la alianza terapéutica. Aunque la DBT muestra tendencias positivas hacia la mejora del ajuste social y las relaciones interpersonales, los hallazgos no siempre son estadísticamente significativos. En cambio, la TPF parece especialmente eficaz en este dominio, ya que contribuye a modificar dinámicas disfuncionales mediante la alianza terapéutica, la exploración de la transferencia y la contratransferencia, y el fomento de la introspección.

Estos hallazgos refuerzan la importancia de considerar las relaciones interpersonales como un componente central en la intervención psicoterapéutica para personas con TLP. La capacidad de la TPF para utilizar la transferencia como herramienta terapéutica parece especialmente útil para que los pacientes

reconozcan y modifiquen patrones disfuncionales, promoviendo una mayor conciencia de sí mismos y de los demás. Aunque la DBT no profundiza tanto en las dinámicas relacionales inconscientes, su enfoque estructurado y validante favorece la confianza en el tratamiento.

Alteración de la identidad

Si bien la alteración de la identidad constituye un eje central en la psicopatología del TLP, su escasa inclusión como variable específica en los estudios revisados refleja las dificultades metodológicas para conceptualizar y medir este constructo de manera consistente. Esto limita la capacidad de establecer comparaciones robustas entre los tratamientos. Sin embargo, los hallazgos disponibles son relevantes: la DBT ha demostrado ser eficaz para reducir las ideaciones disociativas, lo que puede explicarse por su enfoque en la estabilización emocional y el manejo del estrés.

Por su parte, tanto la TPF como la SCT también han mostrado efectos positivos en la integración de la identidad, aunque con mecanismos distintos. La TPF trabaja desde la exploración de las dinámicas relacionales inconscientes, ayudando al paciente a integrar aspectos escindidos de su autoconcepto a través de la transferencia. La SCT, al centrarse en los esquemas desadaptativos tempranos, parece ser particularmente efectiva para abordar el temor al abandono y los síntomas disociativos, lo que sugiere que su abordaje transdiagnóstico y su foco en las experiencias infantiles pueden aportar beneficios adicionales en este dominio.

Intervenciones/técnicas asociadas a la eficacia del tratamiento

Uno de los objetivos de esta revisión fue identificar qué intervenciones, técnicas o abordajes específicos de cada psicoterapia están relacionados con su eficacia. Sin embargo, los hallazgos fueron limitados: la mayoría de los estudios presentan información discreta o incompleta sobre estos componentes, y en algunos no hay ninguna referencia a los mecanismos subyacentes.

Entre las técnicas reportadas, la DBT destaca por su enfoque en la enseñanza de habilidades funcionales para aceptar y regular las emociones, lo que contribuye a mejorar la estabilidad emocional del paciente. Además, la validación sistemática de los sentimientos del paciente, incluidos aquellos relacionados con la propia terapia, parece ser un factor clave para establecer una alianza terapéutica sólida y promover el cambio.

En el caso de la SCT, su carácter transdiagnóstico permite abordar de manera simultánea las comorbilidades psiquiátricas y mejorar la calidad de vida general del paciente, lo cual podría explicar su eficacia diferencial en ciertos perfiles clínicos, como aquellos con trauma infantil o TEPT.

La TPF, por su parte, parece especialmente eficaz para intervenir en las dinámicas relacionales disfuncionales, gracias al trabajo en la transferencia y contratransferencia, así como a la exploración de las defensas del paciente y el fomento de la introspección. Este enfoque ayuda a integrar aspectos escindidos de la personalidad, facilitando una expresión emocional más adaptativa y una reducción de los conflictos internos.

En cuanto a la MBT, aunque se menciona consistentemente como una terapia efectiva de segunda línea, hay poca profundización en sus mecanismos

terapéuticos. Un estudio sugiere que su efectividad podría radicar en la capacidad del terapeuta para escuchar atentamente los sentimientos del paciente y promover la mentalización, es decir, la comprensión de los propios estados mentales y los ajenos.

En términos generales, los hallazgos respaldan que las psicoterapias revisadas, al estar fundamentadas en la evidencia y contar con un marco conceptual claro y estructurado, proporcionan un tratamiento sólido para las personas con TLP. Este aspecto es particularmente relevante dado que los pacientes con TLP suelen presentar importantes dificultades para mantener la estabilidad emocional y las relaciones interpersonales.

Fortalezas de las psicoterapias y sus indicaciones clínicas sugeridas

Como síntesis de los hallazgos revisados, en la Tabla 1.4 se presentan las principales fortalezas identificadas de cada enfoque terapéutico junto con sus indicaciones clínicas sugeridas. Esta presentación permite orientar la selección de tratamiento de acuerdo con el perfil sintomático y las necesidades específicas de los pacientes.

Tabla 1.4

Fortalezas e indicaciones clínicas sugeridas de las terapias psicológicas para el TLP

Terapia	Fortalezas principales	Indicaciones clínicas sugeridas
Terapia Dialéctica Conductual (DBT)	Reducción rápida y consistente de impulsividad, conductas suicidas y autolesivas. Mejora significativa en la regulación emocional y disminución de hospitalizaciones.	Pacientes con alta impulsividad, frecuentes crisis suicidas o parasuicidas y desregulación emocional severa.
Terapia Centrada en Esquemas (SCT)	Aborda eficazmente comorbilidades psiquiátricas y mejora la calidad de vida. Superior en reducción de síntomas disociativos y miedo al abandono.	Pacientes con historia de trauma infantil, TEPT comórbido o marcada disociación.
Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (TPF)	Promueve una sólida alianza terapéutica. Disminuye agresividad, irritabilidad y mejora las relaciones interpersonales mediante el trabajo en transferencia y contratransferencia.	Pacientes con conflictos relacionales intensos, patrones interpersonales disfuncionales y agresividad.
Terapia Basada en la Mentalización (MBT)	Favorece la capacidad de introspección, mentalización y comprensión de los propios estados emocionales.	Pacientes con dificultades en mentalización, pobre autoconciencia emocional y relaciones interpersonales caóticas.

Nota. Síntesis elaborada por la autora.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES

Los resultados de esta revisión confirman que las psicoterapias estructuradas son significativamente más eficaces que el tratamiento habitual para el manejo del trastorno límite de la personalidad, en consonancia con la literatura previa. Sin embargo, los hallazgos también evidencian que no existe una única terapia claramente superior en todos los dominios clínicos, sino que cada enfoque muestra fortalezas específicas que la hacen más adecuada según las características del paciente.

La **Terapia Dialéctica Conductual** destaca de manera consistente por su efectividad para reducir la impulsividad, las conductas suicidas y autolesivas, así como para mejorar la regulación emocional. Estos efectos son particularmente relevantes para pacientes con alta reactividad emocional y riesgo suicida inmediato.

Por su parte, la **Psicoterapia Focalizada en la Transferencia** demostró ser más eficaz que el tratamiento habitual para disminuir conductas suicidas y mejorar la calidad de la relación terapéutica, además de controlar la agresión y la irritabilidad, por lo que resulta especialmente indicada en pacientes con conflictos relacionales severos.

La **Terapia Centrada en Esquemas** fue superior a la **TPF** en dominios como la disociación, el miedo al abandono y la calidad de vida, mostrando su utilidad en pacientes con historia de trauma infantil y comorbilidad psiquiátrica; además, ofrece

una perspectiva transdiagnóstica que parece explicar sus mejores resultados en comorbilidades y funcionamiento general.

La **Terapia Basada en la Mentalización (MBT)**, aunque no mostró diferencias significativas con la **DBT** en reducción de autolesión, sobresale por fortalecer la capacidad introspectiva, la mentalización y la calidad del vínculo terapéutico, lo cual resulta crucial en pacientes con dificultades en la identificación de los estados mentales propios y ajenos.

Por último, el tratamiento habitual fue consistente en mostrar menor eficacia que las psicoterapias especializadas en prácticamente todos los dominios evaluados, lo que subraya la importancia de implementar intervenciones basadas en la evidencia como primera línea de tratamiento para el TLP.

En síntesis, estos hallazgos apoyan la importancia de un enfoque clínico individualizado, en el que la selección de la terapia debe adaptarse a las características específicas del paciente, su perfil sintomático y su historia vital, priorizando intervenciones estructuradas y basadas en la evidencia para optimizar los resultados clínicos.

RECOMENDACIONES

Los hallazgos de esta revisión confirman que la psicoterapia estructurada es el tratamiento de primera línea para el tratamiento del TLP, y algunas psicoterapias cuentan con ventajas específicas según el perfil sintomático predominante del paciente, lo que plantea la importancia de una evaluación exhaustiva que permita seleccionar la intervención más adecuada para cada paciente, optimizando así los resultados terapéuticos.

Con base en los hallazgos de esta revisión sistemática, se considera pertinente implementar programas estructurados de psicoterapias basadas en evidencia para el tratamiento del TLP en hospitales especializados en Salud mental, como el Hospital Nacional de Salud Mental. Para orientar esta implementación, se elaboró una breve propuesta de intervención derivada de los resultados obtenidos, la cual se presenta en el **Anexo A**, a modo de sugerencia práctica para su aplicación en contextos hospitalarios.

La evidencia sugiere ofrecer la DBT como psicoterapia de primera línea en pacientes que presentan una alta impulsividad y riesgo suicida, ya que ha mostrado ser particularmente eficaz en reducir rápidamente las conductas autolesivas, suicidas y la desregulación emocional.

Por otra parte, se recomienda incorporar la SCT en pacientes con historia de trauma y comorbilidades psiquiátricas, ya que ha evidenciado ser especialmente útil en casos de disociación, temor al abandono y TEPT comórbido, contribuyendo además a la mejora general de la calidad de vida.

La TPF se recomienda especialmente para mejorar relaciones interpersonales disfuncionales, al favorecer la alianza terapéutica y disminuir la agresión y la irritabilidad mediante el trabajo en transferencia, siendo apropiada para pacientes con graves conflictos relacionales.

Asimismo, en pacientes con dificultades en identificar y comprender estados mentales propios y ajenos, se recomienda implementar la MBT para potenciar la mentalización y la introspección, y fortalecer la relación terapéutica.

Para poder identificar la mejor estrategia para el paciente, podría ser útil contar con un protocolo de evaluación detallado que permita identificar las

características clínicas, las comorbilidades y el perfil psicopatológico predominante de cada paciente, y así personalizar la intervención. Esto por su parte requiere que se cuente con profesionales con formación, supervisión clínica y actualización frecuente en estas psicoterapias.

Respecto a las futuras investigaciones se resalta la importancia de incluir medidas más específicas de las variables en futuros ensayos clínicos para clarificar las ventajas diferenciales de cada tratamiento en el núcleo del TLP. Asimismo, a partir de los hallazgos obtenidos, es necesario que se profundice en los elementos técnicos y relacionales que determinan la eficacia de cada abordaje, pues este conocimiento permitirá una selección más precisa y personalizada de las terapias, en función de las necesidades clínicas específicas de cada paciente. Asimismo, se sugiere evaluar en mayor detalle el impacto de las intervenciones sobre el funcionamiento interpersonal y la integración de la identidad, dimensiones clave en el TLP pero escasamente exploradas en la literatura.

Con este tipo de investigaciones podría ser útil realizar estudios que permitan también investigar sobre los factores personales y psicosociales de las personas con TLP, que favorecen u obstaculizan el tratamiento psicoterapéutico. Medidas en conjunto que podrían mejorar la oferta de atención ofrecida en los centros de salud.

LIMITACIONES

La presente investigación presentó varias dificultades metodológicas, en gran medida atribuibles a las características heterogéneas de los estudios incluidos. En primer lugar, la disponibilidad de estudios que compararan directamente las cuatro psicoterapias seleccionadas (DBT, SCT, TPF y MBT) fue limitada, ya que la

mayoría de las investigaciones tienden a centrarse en una sola intervención o comparan únicamente dos de ellas.

Esto restringió el número de artículos que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión, resultando en un total de cinco estudios seleccionados, de los cuales tres fueron clasificados como de calidad críticamente baja según AMSTAR 2, debido a la falta de claridad metodológica y deficiencias en el reporte de sesgos, heterogeneidad y criterios de inclusión/exclusión.

Esta baja calidad metodológica de la evidencia disponible afecta directamente la solidez y generalización de los resultados, ya que impide establecer conclusiones firmes sobre la superioridad de una psicoterapia sobre otra. Además, la falta de estandarización en las variables medidas y en los dominios psicopatológicos reportados dificulta realizar comparaciones consistentes entre los tratamientos y limita la posibilidad de realizar un metaanálisis cuantitativo robusto.

A pesar de que algunos de los estudios incluidos en esta revisión fueron calificados con calidad críticamente baja según la herramienta AMSTAR 2, se decidió integrarlos debido a que abordan intervenciones específicas en el contexto del TLP, ofreciendo perspectivas valiosas para la discusión. La información proveniente de estos estudios se presenta de manera crítica, reconociendo sus limitaciones metodológicas y evitando generalizar sus hallazgos sin la debida cautela. Su inclusión responde al objetivo de brindar un panorama lo más amplio posible sobre las opciones terapéuticas disponibles y las tendencias recientes en la literatura científica.

Finalmente, estas limitaciones ponen de manifiesto la necesidad de que futuras investigaciones aborden con mayor rigor metodológico las comparaciones

entre psicoterapias para el TLP. En concreto, se recomienda que los próximos estudios se utilicen diseños con mayor control de sesgo y transparencia en los criterios metodológicos, se estandaricen las variables de resultado y los dominios clínicos evaluados para facilitar la comparabilidad y que se comparen sistemáticamente las diferentes psicoterapias estructuradas no solo frente a tratamiento habitual, sino también entre sí, para poder determinar con mayor precisión en qué perfiles clínicos cada una resulta más efectiva.

CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alvez, L.C. (2023). La terapia de esquemas de Young. Neuroclass. <https://neuroclass.com/la-terapia-de-esquemas-de-young/adorables>.

American Psychiatric Association. (2022). Trastorno límite de la personalidad. En Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (5.ª ed., texto rev.). American Psychiatric Publishing.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mentalizing and borderline personality disorder. The handbook of mentalization-based treatment. John Wiley y Sons Inc.

Bricker, D.C. & Young, J. Guía del cliente para la terapia de esquemas. Cognitive Behavior Therapy Center. <https://cognitivebehaviortherapycenter.com/schema-therapy-california/client-guide-schema-therapy/>

Caja Costarricense de Seguro Social, Auditoría Interna. (2020, 29 de junio). Estudio de carácter especial referente al abordaje de la salud mental a nivel institucional, Gerencia Médica, U.E.2901 (Informe ASS-051-2020). <https://www.ccss.sa.cr/>

Cano, C. (2021). Eficacia de la terapia dialéctica comportamental para el tratamiento del trastorno de personalidad límite. *Revista Científica Ciencias de la Salud*, 3(2), 126–135. <https://doi.org/10.53732/rccsalud/03.02.2021.126>

- Cavelti, M., Thompson, K., Chanen, A. M., & Kaess, M. (2021). Psychotic symptoms in borderline personality disorder: Developmental aspects. *Current Opinion in Psychology*, 37, 26–31. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.07.018>
- Chapman, J., Jamil, R. T., Fleisher, C., & Torrico, T. J. (2024). Borderline personality disorder. En StatPearls. StatPearls Publishing.
- Crotty, K., Viswanathan, M., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., & Gartlehner, G. (2024). Psychotherapies for the treatment of borderline personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(5), 275–288. <https://doi.org/10.1037/ccp0000824>
- Figueroa-Cave, G. (2018). Una nueva propuesta de clasificación de los trastornos de personalidad: La clasificación internacional de enfermedades CIE-11. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 56(4), 260–268. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272018000400260>
- Font-Domènech, E. (2019). Trastorno límite de la personalidad: Revisión sistemática de las intervenciones. *Revista de Psicoterapia*, 30(113), 197–212. <https://doi.org/10.33898/rdp.v30i113.274>
- Gamarra, P. E. (2023). Terapia basada en la mentalización y el trastorno límite de la personalidad: Una revisión aplicada [Trabajo de suficiencia profesional, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional Universidad de Lima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/18262>

- Ma, D., Wang, Y., Wei, J., & Cao, J. (2024). Progress in understanding personality functioning in light of the DSM-5 and ICD-11. *Asian Journal of Psychiatry*, 85, 104259. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2023.104259>
- Martínez Díaz, J. D., Ortega Chacón, V., & Muñoz Ronda, F. J. (2016). El diseño de preguntas clínicas en la práctica basada en la evidencia: Modelos de formulación. *Enfermería Global*, 15(3), 431–440. <https://doi.org/10.6018/eglobal.15.3.238621>
- Méndez-Miller, M., Naccarato, J., & Radico, J. A. (2022). Borderline personality disorder. *American Family Physician*, 105(2), 156–161.
- Mirapeix, C., Vázquez, J., Gómez, A., & Artal, J. (Eds.). (2017). *Abordaje integrador del trastorno límite de la personalidad*. Alianza Editorial.
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., & PRISMA Group. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, 8(5), 336–341. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007>
- Neri, M., Reitano, A., Rinnone, L., Bruno, A., Turiaco, F., Ferreri, F. M., & Iannuzzo, F. (2024). Borderline personality disorder: A narrative review on effective psychotherapies. *Journal of Mind and Medical Sciences*, 11(2), 267–276. <https://doi.org/10.22543/2392-7674.1403>
- Obando, G. (2015). Factores clínicos relacionados con el reingreso de pacientes con trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(2), 2–18.

Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Ediciones Médicas Panamericana.

Organización Mundial de la Salud. (2019). Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11).

Rameckers, S. A., Verhoef, R. E., Grasman, R. P., Cox, W. R., van Emmerik, A. A., Engeldoer, I. M., & Arntz, A. (2021). Effectiveness of psychological treatments for borderline personality disorder and predictors of treatment outcomes: A multivariate multilevel meta-analysis of data from all design types. *Journal of Clinical Medicine*, *10*(23), 5622. <https://doi.org/10.3390/jcm10235622>

Sánchez-Meca, J., & Botella, J. (2010). Revisiones sistemáticas y meta-análisis: Herramientas para la práctica profesional. *Papeles del Psicólogo*, *31*(1), 7–17. <http://www.cop.es/papeles>

Serna-Guerrero, J. (2024a). Borderline Personality Disorder: Effectiveness of Evidence-Based Therapeutic Interventions. *Letra en Psicoanálisis*, *10*(2), 18–42.

Serna-Guerrero, J. (2024b). Trastorno límite de la personalidad: Efectividad en intervenciones terapéuticas basadas en evidencia. *Mexican Journal of Medical Research ICSa*, *12*(24), 46–57. <https://doi.org/10.29057/mjmr.v12i24.12449>

- Serna-Guerrero, J. (2024b). Análisis de las características de psicoterapias basadas en evidencia para el tratamiento del trastorno límite de la personalidad. *Letra en Psicoanálisis*, 10(2), 18-42.
- Simón, C., & Azpiroz, M. (2022). Trastorno límite de la personalidad: Psicoterapia focalizada en la transferencia y terapia basada en la mentalización [Trabajo final de grado, Universidad Católica Argentina]. Repositorio Institucional UCA. <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/15123>
- Shea, B. J., Reeves, B. C., Wells, G., Thuku, M., Hamel, C., Moran, J., Moher, D., Tugwell, P., Welch, V., Kristjansson, E., & Henry, D. A. (2017). AMSTAR 2: A critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ*, 358, j4008. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4008>
- Stoffers-Winterling, J. M., Storebø, O. J., Simonsen, E., Sedoc Jørgensen, M., Pereira Ribeiro, J., Kongerslev, M. T., & Lieb, K. (2022). Perspectives on dialectical behavior therapy and mentalization-based therapy for borderline personality disorder: Same, different, complementary? *Psychology Research and Behavior Management*, 15, 3179–3189. <https://doi.org/10.2147/PRBM.S371037>
- Wibbelink, C. J., Arntz, A., Grasman, R. P., Sinnavee, R., Boog, M., Bremer, O. M., & Kamphuis, J. H. (2022). Towards optimal treatment selection for borderline personality disorder patients (BOOTS): A study protocol for a multicenter randomized clinical trial comparing schema therapy and dialectical behavior

therapy. *BMC Psychiatry*, 22(1), 89. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-03762-1>

Young, J. E., Klosko, J. S. y Weishaar, M. E. (2007). *Terapia de esquemas: Guía práctica*. Desclée de Brower.

Zorriquetá, I. U. (2021). Psicoterapia centrada en la transferencia para Trastorno Límite de la Personalidad. *Revista digital de Medicina Psicosomática y Psicoterapia*. Volúmen, 11(1), 1.

ANEXO A

GUÍA DE PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA BASADA EN EVIDENCIA PARA EL TRATAMIENTO DEL TRASTORNO LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Justificación

El TLP representa una carga significativa en la salud mental pública, debido a su alta prevalencia en la población atendida en servicios especializados, la comorbilidad psiquiátrica y las altas tasas de reingresos y hospitalizaciones. La implementación de un programa estructurado con psicoterapias basadas en evidencia (DBT, SCT, MBT, TFP) permitiría optimizar recursos, personalizar los tratamientos según el perfil sintomático y mejorar la calidad de vida de las personas usuarias. Esta propuesta no formó parte de los objetivos iniciales ni de la metodología del presente estudio, sino que fue desarrollada a partir de los hallazgos obtenidos en la revisión sistemática, como orientación práctica para su aplicación en el Hospital Nacional de Salud Mental.

Objetivo General

Ofrecer una guía general de un programa psicoterapéutico basado en las 4 terapias con mayor respaldo científico para el TLP en el Hospital Nacional de Salud Mental.

Objetivos Específicos

- Implementar un protocolo de evaluación clínica inicial para determinar el perfil sintomático y seleccionar la terapia más adecuada.
- Ofrecer modalidades grupales, individuales o combinadas según las características del paciente.
- Reducir las hospitalizaciones recurrentes y mejorar el funcionamiento interpersonal y emocional de los usuarios.

Componentes del programa

A. Protocolo de Evaluación Inicial

- 1) Aplicación de entrevistas clínicas estructuradas y cuestionarios para identificar:
 - Confirmar el diagnóstico según manual de clasificación vigente.
 - Identificar el dominio sintomático predominante (impulsividad, trauma, déficit de mentalización, conflictos relacionales).
 - Determinar comorbilidades psiquiátricas (ej. TEPT, depresión, abuso de sustancias).
 - Evaluar factores de riesgo inmediatos: ideación suicida, autolesiones activas.
- 2) Clasificación del paciente según el tratamiento más indicado:
 - DBT: impulsividad, riesgo suicida.

- SCT: trauma, disociación, comorbilidad.
- TFP: conflictos interpersonales, agresividad.
- MBT: déficit de introspección y mentalización.

B. Modalidades Terapéuticas

- *Terapia Individual*: 45–60 minutos, frecuencia según viabilidad, recomendación semanal o quincenal.
- *Terapia Grupal* (DBT o MBT): entrenamiento en habilidades y mentalización.
- *Coaching telefónico en crisis* (DBT): Este recurso debe valorarse en función de la viabilidad en el contexto hospitalario, podría asociarse a servicio de 911, con entrenamiento a operadores.
- *Intervención intrahospitalaria*: Combinar sesiones grupales para entrenamiento en habilidades y mentalización, e intervención individual breve en función de los dominios predominantes.

C. Seguimiento y Evaluación de Resultados

- Medición de progresos con escalas clínicas predefinidas cada 3 meses.
- Indicadores de éxito: reducción de hospitalizaciones, disminución de autolesiones, mejora en calidad de vida y funcionamiento social.

Duración: mínimo 12–18 meses en formato ambulatorio, a nivel intrahospitalario valorar un proceso de 3-4 semanas de tratamiento.

Recomendaciones adicionales

- Capacitar al personal periódicamente en estos modelos psicoterapéuticos.
- Supervisión clínica para los terapeutas.
- Realizar reuniones clínicas interdisciplinarias para ajustar planes según evolución.
- Priorizar pacientes con mayor riesgo para ingresar al programa formal.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS Y CONSIDERACIONES ÉTICAS

La autora declara que no existieron conflictos de interés de ninguna naturaleza durante la realización de este estudio. Asimismo, no se recibió financiamiento externo ni remuneración por parte de ninguna institución, empresa u organismo para la elaboración de esta investigación.

Este trabajo se realizó utilizando exclusivamente fuentes secundarias, provenientes de literatura científica previamente publicada y accesible al público o a través de suscripciones institucionales, por lo que no se requirió la recopilación de datos primarios, consentimiento informado de participantes humanos ni la aprobación de un comité de ética.