



Artículo

Estrategias para Conductas que Atentan al Tratamiento en el Trastorno Límite de la Personalidad: una Visión y Aplicación desde Tres Modelos Terapéuticos

Glauco Valdivieso-Jiménez ^{1,3,4,5} , Verónica Steiner-Segal ^{2,3,6,7}  y Edgar Vásquez-Dextre ^{1,3} 

¹ Médico Psiquiatra

² Psicóloga Clínica

³ Instituto Peruano para el Estudio y Abordaje Integral de Personalidad (IPEP), Lima, Perú

⁴ Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina Humana, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

⁵ Public Relations and Communications Committee, International Society of Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP)

⁶ Instituto TFP Hispanoamérica

⁷ Executive Officer for the Board, International Society of Transference-Focused Psychotherapy (ISTFP)

INFORMACIÓN

Recibido: abril 30, 2024

Aceptado: octubre 4, 2024

Palabras clave:

Trastorno límite de la personalidad
Transferencia
Mentalización
Terapia conductual dialéctica
Psicoterapia
Pacientes desidentes del tratamiento

Keywords:

Borderline personality disorder
Transference
Mentalization
Dialectical behavior therapy
Psychotherapy
Patient dropout

RESUMEN

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición de salud mental caracterizado por inestabilidad afectiva, alta reactividad, impulsividad y dificultades en las relaciones interpersonales. Esto trae muchas veces problemas en el tratamiento que llevan a abandonos prematuros de consultantes en comparación con otros diagnósticos. En la actualidad existen terapias basadas en la evidencia para el TLP que poseen un carácter manualizado y centran su estructura en un marco de trabajo constante para poder lidiar con los problemas que atentan a la terapia, evitar los abandonos y recaídas clínicas. El objetivo del presente artículo es describir las principales estrategias usadas para intervenir en las Conductas que atentan contra la terapia, que se presentan en pacientes con TLP, para ello vamos a usar viñetas clínicas donde describiremos estrategias de tres de las terapias que más han ido recolectando evidencia científica para evitar estos problemas: la Terapia Conductual Dialéctica (TCD), la Psicoterapia focalizada en la transferencia (PFT) y la Terapia basada en la Mentalización (TBM).

Strategies for Therapy-Interfering Behaviors in Borderline Personality Disorder: A View and Application from Three Therapeutic Models

ABSTRACT

Borderline Personality Disorder (BPD) is a mental health condition characterized by affective instability, high reactivity, impulsivity and difficulties in interpersonal relationships. This often brings treatment problems that lead to premature abandonment of consultants compared to other diagnoses. Currently, there are evidence-based therapies for BPD that have a manual character and focus their structure on a constant framework to be able to deal with problems that threaten therapy, avoid dropouts and clinical relapses. With the intention of maintaining an integrative position, it is possible to have strategies from three of the therapies that have been collecting the most scientific evidence to avoid these problems: Dialectical Behavior Therapy (DBT), Transference-Focused Psychotherapy (TFP) and Mentalization-Based Therapy (MBT).

Cómo citar: Valdivieso-Jiménez, G., Steiner-Segal, V., y Vásquez-Dextre, E. (2025). Estrategias para conductas que atentan al tratamiento en el Trastorno Límite de Personalidad: un enfoque integrativo. *Revista de Psicoterapia*, 36(130), 108-118. <https://doi.org/10.5944/rdp.v36i130.41302>

Autor para dirigir correspondencia: Glauco Valdivieso Jiménez, gvaldivieso@cientifica.edu.pe

Este artículo está publicado bajo Licencia Creative Commons 4.0 CC-BY-NC

El Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) es una condición de salud mental caracterizado por un patrón de inestabilidad afectiva con marcada respuesta emocional e impulsividad, ira intensa, dificultad en las relaciones interpersonales, conducta suicida e intentos autolesivos, sentimientos crónicos de vacío, alteración de la autoimagen, esfuerzos frenéticos por evitar el abandono y pensamiento paranoide con síntomas disociativos relacionados al estrés según los criterios de la sección II del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5ª ed.; *DSM-5, American Psychiatric Association, 2013*) del modelo categórico de los trastornos de personalidad (*Pérez et al., 2005; Trull et al., 2011*). Sin embargo, en función de una evaluación ajustada a la realidad de la presentación clínica del TLP en la práctica diaria, existe una propuesta dimensional en la sección III del DSM-5 centrada en el nivel de gravedad del sentido del self (identidad y autodireccionamiento) y el funcionamiento interpersonal (empatía e intimidad), además de la presencia de rasgos patológicos de personalidad como la afectividad negativa, desinhibición y antagonismo (*Oldham, 2022*). Así mismo, la nueva Clasificación Internacional Estadística de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (11ª ed.; *CIE-11; Organización Mundial de la Salud, 2019*) propone como elemento central la gravedad en el funcionamiento del self e interpersonal para la consideración de un trastorno de personalidad, incorporando un especificador de “patrón borderline”, definido por las nueve características familiares del DSM-IV/5, que incluyen “síntomas disociativos o características similares a las psicóticas (p. ej., alucinaciones breves, paranoia en situaciones de alta excitación afectiva)” (*Bach et al., 2022; Blüml y Doering, 2021*). Los pacientes con esta condición experimentan una alta reactividad con fluctuaciones en el estado anímico, conducta intensa e inconstante en sus relaciones interpersonales, así como ira extrema y conducta impulsiva como autolesiones y abuso de sustancias psicoactivas. Además, estas personas tienen elevados índices de abandono temprano a los tratamientos en comparación con otros que tienen diferentes condiciones psicológicas y trastornos de personalidad. En ocasiones, la inestabilidad emocional se aprecia con el terapeuta, lo que lleva a abandonos prematuros debido a rupturas en la alianza terapéutica (*Yeomans et al., 1994*).

Una variedad de enfoques terapéuticos se han desarrollado para el manejo del TLP: Terapia Cognitiva Conductual, Terapia Basada en la Mentalización (TBM), Terapia Enfocada en Esquemas (TEE), Psicoterapia Focalizada en la Transferencia (PFT) y Terapia Conductual Dialéctica (TCD). De estos, la TCD ha demostrado mayor efectividad en el tratamiento para el TLP acorde a la mayor cantidad de estudios elaborados a la fecha (*Leichsenring et al., 2024; Stoffers et al., 2012; Storebø et al., 2020*). Por otro lado, han surgido enfoques integradores como el Manejo Psiquiátrico General (MPG) que es una terapia que incorpora estrategias de teorías contextuales como la TCD, y psicodinámicas como la TBM y PFT, cuyo proceso de cambio se centra en el balance emocional, funcionamiento efectivo interpersonal y la construcción de una narrativa autobiográfica más coherente y basada en la realidad, resultando una terapia que está ganando evidencia a medida que se implementa en equipos de diferentes partes del mundo (*Choi-Kain y Gunderson, 2019; Dunand et al., 2024; Kramer, 2024*).

El trabajo con estos consultantes es retador y requiere de conocer técnicas terapéuticas o habilidades como una necesidad que servirá como un mecanismo de supervivencia para los terapeutas

para reaccionar a conductas provocadoras y agresivas de estos consultantes (*Allen, 1997*). Debido a las características de estos, es difícil comprometerse y establecer una relación terapéutica basada en el cumplimiento de acuerdos (*O’Connell y Dowling, 2014*). A fin de profundizar en este tema, repasaremos más detalles sobre los problemas relacionados al tratamiento y estrategias basadas en tres terapias de las mencionadas que más han desarrollado un marco seguro para el terapeuta: TCD, PFT y TBM.

Problemas en el Tratamiento y Abandonos Tempranos

La alta tasa de abandono entre los pacientes con TLP se considera generalmente relacionada con su psicopatología compleja, que incluye impulsividad, problemas de ira, hostilidad y dificultades para establecer relaciones de confianza, principalmente por alteraciones en desarrollo de la identidad, capacidad para mentalizar a los otros, regularse emocionalmente y vincularse saludablemente (*Arntz et al., 2023; Bateman et al., 2023; de Freixo et al., 2023; Yeomans et al., 2017*). El alto riesgo de abandono es problemático dados los altos niveles de disfunción, alto riesgo de suicidio y altos costos sociales asociados con el TLP. También es desmotivador para los terapeutas, que tienen que invertir mucho en el tratamiento de pacientes difíciles y se enfrentan a muchos pacientes que terminan el tratamiento prematuramente. Además, la interrupción prematura del tratamiento constituye una amenaza para la rentabilidad de las intervenciones intensivas y costosas para el TLP, que a menudo están disponibles solo para un número limitado de pacientes con TLP. Es comprensible que uno de los objetivos de las psicoterapias especializadas como la TCD, PFT y TBM, que se desarrollaron desde finales de los años ochenta del siglo pasado, fuera por tanto la reducción del abandono del tratamiento (*Arntz et al., 2023*).

Cuando se producen problemas para continuar con un tratamiento y/o abandonos se genera un impacto en los servicios de salud que obliga a mejorar la efectividad de la atención como una prioridad. Así mismo, se ha visto que el índice de completar un tratamiento es bajo con una variación de 8%, 33% y 37% en estudios individuales y cuando hay abandono temprano esto afecta la generalización de los estudios y el costo-efectividad (*Barnicot et al., 2011*).

En el estudio de Wnuk, se estudiaron a 180 pacientes que recibieron Terapia Dialéctica Conductual (TDC) y Manejo Psiquiátrico General (MPG) y un seguimiento de 1 año. Aquellos pacientes que abandonaron el tratamiento, se identificó que tenían mayores niveles de ira ($p = 0.01$), mayor comorbilidad de trastornos del eje I ($p = 0.03$), pobre alianza terapéutica ($p = 0.003$) y un número mayor de intentos suicidas a lo largo de la vida ($p = 0.05$) (*Wnuk et al., 2013*).

De Panfilis y colaboradores estudiaron a 54 pacientes que abandonaron tempranamente su tratamiento versus 108 que continuaron de un total de 162 pacientes con Trastorno Límite de Personalidad en un Servicio de Psiquiatría. El factor predictor de discontinuación temprana de tratamiento fue la historia de conducta suicida, mientras que la presencia de Trastorno de Conducta Alimentaria y Trastorno de Personalidad Evitativa fueron factores protectores (*De Panfilis et al., 2012*).

En una revisión sistemática de McMurran, en el que se incluyeron 25 estudios clínicos randomizados, se identificó que el no completar un tratamiento en pacientes con trastornos de personalidad estaba más asociado a una edad más joven, bajo nivel educativo y ocupacional,

además de baja competencia en habilidades como pobre capacidad de resolución de problemas, bajos niveles de persistencia y alta evitación (McMurrin et al., 2010). Este mismo autor en el 2008 concluyó que altos niveles de impulsividad y pobres capacidades de resolución de problemas pueden estar implicados en el no completar un tratamiento en pacientes varones con trastornos de personalidad (McMurrin et al., 2008).

Barnicot y colaboradores incluyeron 41 estudios en una revisión sistemática en el que se identificaron que el compromiso al cambio, la relación terapéutica y la impulsividad fueron factores predictores de abandono de tratamiento en personas con TLP, mientras que factores sociodemográficos no fueron predictivos (Barnicot et al., 2011).

A continuación, resumimos en la [Tabla 1](#) los factores que influyen en el abandono de tratamiento.

Tabla 1

Factores que Influyen en Problemas en el Tratamiento/Abandonos

Sociodemográficos (jóvenes, desempleo, bajo nivel educativo)
Antecedentes de conducta suicida
Comorbilidades del eje I
Elevados niveles de ira e impulsividad
Baja alianza terapéutica
Pobre capacidad de resolución de problemas

Tipos de Conductas que Atentan a la Terapia

Conductas que Impiden que el Consultante Reciba Terapia

Este tipo de conductas no permiten el avance de la terapia y tienen la capacidad de castigar o extinguir conductas terapéuticas. Se identifica una barrera que no permite que se cumplan los objetivos ni los acuerdos (Boggiano y Gagliesi, 2020).

Conductas que “Queman” al Terapeuta

Estas conductas cruzan los límites personales del terapeuta. Tienen la capacidad de castigar o extinguir las ganas del terapeuta con tratar a un paciente en particular. Si bien es cierto la pasividad o la falta colaboración es un aspecto común en los consultantes con TLP, este debe moverse hacia el cambio respetando los límites establecidos (Boggiano y Gagliesi, 2020).

Linehan define 3 tipos de conductas que atentan a la terapia (Linehan, 1993):

- Falta de atención
- Faltar a terapia
- Cancelar sesiones
- Abandonar la terapia
- Se presenta pero no presta atención
- Crisis continuas
- Internado constantemente
- Consumo de drogas antes de sesión
- Se retira o escapa de consultorio antes de terminar
- Se desmaya
- Presenta disociaciones
- No duerme y llega con sueño a la sesión

- Ensoñaciones diurnas por otras causas
- Falta de colaboración
- Incapacidad o negativa de trabajar en terapia
- Mentir
- Retirarse emocionalmente durante la sesión
- Discutir todo aquello que sugiere o dice el terapeuta
- No acordar sobre la jerarquía de las conductas problemas
- Frases cortas a las preguntas como “no lo sé” “no recuerdo”.
- Falta de cumplimiento
- No entregar ni llenar el registro diario
- No mantener acuerdos realizados con terapeuta
- No completar tareas o completarlas de manera parcial
- Negarse a seguir ciertas recomendaciones como exposición
- Negarse a trabajar con objetivos esenciales como reducir conductas suicidas

Estrategias de Terapia Conductual Dialéctica

La TCD es una terapia originalmente desarrollada para el tratamiento de consultantes con TLP caracterizados por presentar un alto riesgo suicida. Esta terapia se apoya en la teoría conductual, filosofía dialéctica y práctica Zen. Promueve el balance de la aceptación y el cambio, con la finalidad de ayudar a personas a sobrevivir a sus problemas mediante el entrenamiento de habilidades y así contribuir a construir una vida que valga la pena ser vivida (Lynch et al., 2007; O’Connell y Dowling, 2014; Robins y Chapman, 2004).

Resaltar la Conducta que Atenta a la Terapia

En terapia es importante hablar acerca de lo que es claramente apreciable y no debe pasar desapercibido como el no acudir a sesiones. Más importante aún, de lo que afecta la continuidad y efectividad de un tratamiento. Aunque el terapeuta puede tener una hipótesis, suposiciones o interpretaciones con respecto a la conducta del cliente respecto a la terapia, es necesario el mantener una posición neutral a favor de una exploración profunda e imparcial del problema (Chapman y Rosenthal, 2016).

Así mismo, el resaltar efectivamente también incluye una justificación clara de por qué es importante discutir su conducta. Una forma de hacer esto es que el terapeuta resalte las contingencias, como el efecto negativo de las conductas que atentan a la terapia en el terapeuta, los procesos terapéuticos o la capacidad del cliente para alcanzar metas importantes (Chapman y Rosenthal, 2016).

El estilo de intervención para transmitir la apreciación del terapeuta puede ser variable. Algunos suelen ser directos, mientras que otros eligen un estilo mucho más irreverente. En el primer caso, se lleva a discutir el problema en la agenda de la sesión haciendo notar al consultante la preocupación y la importancia de poner “sobre la mesa” sus motivos. Por otro lado, la irreverencia puede ser útil para aumentar la conciencia, la atención y el compromiso en el proceso. El comentario inesperado del terapeuta sobre el comportamiento podría ayudar al cliente a cambiar de marcha y considerar una perspectiva diferente o comprender mejor los problemas con su pensamiento o comportamiento (Chapman y Rosenthal, 2016). Se aprecian algunos ejemplos en la [Tabla 2](#).

Tabla 2

Estilos de Intervención Basado en TCD

Estilo del terapeuta	Viñeta clínica
Directo	Terapeuta: “Estoy preocupado por las dos faltas seguidas que has tenido en el grupo de habilidades. ¿Crees que podemos hablar de eso en esta sesión?”
Irreverente	Terapeuta: “Se me hace complicado el poder hacer terapia si no esta mi consultante aquí en sesión. ¿Lo has visto?”

Entendiendo el Problema: Análisis en Cadena

Otra estrategia importante es el evaluar los factores o variables que intervienen en el desarrollo de una conducta que atenta a la terapia. Es así que se realiza un análisis en cadena de los eventos que paso a paso llevaron al consultante a la conducta problema.

El terapeuta recopila detalles e indaga sobre vulnerabilidades, disparadores, pensamientos, emociones y acciones que se presentaron alrededor del evento central, además de las consecuencias para el cumplimiento de objetivos. En algunas oportunidades el realizar un análisis en cadena implica hablar acerca de detalles percibidos como desagradables para el consultante generando un sentimiento aversivo para lo cual el terapeuta debe tomar en cuenta (Chapman y Rosenthal, 2016).

Los componentes del análisis en cadena en función de las conductas que atentan a la terapia son (Chapman y Rosenthal, 2016; Linehan, 1993, 2015):

- Identificar y describir el problema en términos conductuales
- Reconstruir la secuencia de eventos conductuales y ambientales que llevaron al problema, ocurrieron y precedieron (vulnerabilidades, eventos precipitantes, emoción/conducta/pensamiento)
- Identificar el evento precipitante
- Identificar las consecuencias ambientales y comportamentales de la conducta (contingencias)
- Promover el insight al resaltar patrones
- Generar hipótesis sobre aquello que promueve la conducta
- Brindar instrucciones didácticas sobre temas importantes
- Clarificar la cadena

A continuación, resumimos estos componentes en la [Tabla 3](#).

Tabla 3

Componentes del Análisis en Cadena para Conductas que Atentan a la Terapia

Componente de la cadena	Viñeta clínica
Conducta problema	“Estas 2 ultimas semanas me quedé dormido, olvidé que teníamos citas, se me pasó el no agendarlo en mi celular”
Vulnerabilidades	“Estuve trabajando mucho estas semanas, han sido muy estresantes” “Estuve hospitalizado por unos días por un accidente que tuve en mi auto, nada grave, pero creo que me ha tenido ausente de mi cabeza” “A veces me olvido de tomar mi medicina”
Emoción/conducta/pensamiento	“Me siento algo triste y desganado” “Me echo a la cama y no quiero pensar en nada, ni hablar con nadie” “Pasa por mi mente a veces que estoy volviendo a lo de antes, como si la vida pasara y no hago lo suficiente”
Evento precipitante	“Cuando quiero agendar la cita en mi celular me confío y lo guardo para más tarde”
Contingencias	“No me gusta esta situación, tener que hablar de esto me hace ver que no me estoy esforzando”

Manejando Deficit Motivacionales

La motivación al cambio en un consultante es un aspecto que debe evaluarse en todo momento en un proceso de terapia. Para muchos el adherirse a una estructura de tratamiento es un hecho complicado debido a experiencias anteriores de terapias fallidas y a la marcada desesperanza que surge en etapas iniciales. Sin embargo, es necesario explorar y conocer los motivos por los que anteriores tratamientos no han resultado efectivos (Chapman y Rosenthal, 2016).

Desde un enfoque conductual, la motivación no es una fuerza dentro del consultante que deba surgir e impulsarlo “mágicamente” hacia el cambio. Más bien, la motivación y compromiso con el cambio es evidente cuando el cliente habla sobre el cambio como una posibilidad, toma medidas y muestra un compromiso sostenido para hacer lo posible para que eso se cumpla y se convierta en una realidad. Sin embargo, hay muchas razones por las que un consultante carece de motivación como déficit de habilidades, falta de conocimiento de conductas que atentan a la terapia, creencias problemáticas, falta de comprensión o claridad sobre los valores (Chapman y Rosenthal, 2016).

Dentro de los enfoques específicos para trabajar lo déficit motivacionales en relación al cambio conductual, destaca la Entrevista Motivacional (EM). La EM es un estilo terapéutico centrado en la persona, que aborda el frecuente problema de la ambivalencia ante el cambio y, a través de estilo de conversación colaborativo, busca reforzar la motivación y el compromiso de la persona con el cambio (Miller y Rollnick, 2015). Cuando se habla del cambio conductual es importante hablar del modelo transteorico del cambio, el cual es un proceso circular donde la persona pasa por distintas etapas, desde la ausencia de una necesidad para cambiar hasta mantener las conductas que sostienen un cambio (Prochaska y DiClemente, 1982). Son cinco las etapas o estadios de cambio descritas por Prochaska y DiClemente (Precontemplación, Contemplación, Preparación, Acción y Mantenimiento) (DiClemente y Prochaska, 1982). Son las etapas de Precontemplación y Contemplación, aquellas en las que generalmente se encuentran los pacientes complejos y con altos niveles de ambivalencia, como lo son los pacientes con TLP. Si bien es cierto no se ha encontrado bibliografía específica sobre la utilidad de la EM en pacientes con TLP, las estrategias que la TCD utiliza para reforzar la motivación y el compromiso con el cambio conductual se relacionan con los principios de la EM (Expresar empatía, desarrollar discrepancias, ser hábil para relacionarse con la resistencia y apoyar la autoeficacia) (Miller y Rollnick, 2015).

- Dentro de las estrategias que se utiliza en TCD para incrementar la motivación para adherirse a la terapia, tenemos:
- Considerando los pros y los contras de cambiar versus no cambiar su comportamiento
- Destacando la aparente ambivalencia del consultante sobre el cambio
- Argumentar en contra del cambio para obtener contraargumentos del cliente (Abogado del diablo)
- Expresar que el consultante tiene la libertad de elegir no cambiar, pero si desea una vida mejor, la única opción es cambiar (Libertad para elegir y ausencia de alternativas)

Aprendiendo Habilidades

Los consultantes que presentan conductas que atentan contra la terapia pueden tener déficit en diversas áreas como regulación emocional, efectividad interpersonal, tolerancia al malestar y conciencia plena o mindfulness (Vásquez-Dextre, 2016). Estos deben aprender herramientas que les permitan enfrentar estos déficits orientados a aumentar la capacidad en la que reconocen el impacto de sus emociones sobre la terapia, reducir la intolerancia a seguir indicaciones, manejar la falta de asertividad en la comunicación que lleva a obviar sus motivaciones e incrementar la conciencia de las emociones, pensamientos y conductas en el aquí y ahora (Chapman y Rosenthal, 2016).

- Conciencia plena: Estrategias para que el consultante preste atención a su experiencia del momento presente, sin prejuicios y la descripción de sus experiencias en el aquí y el ahora (Marra, 2005; O'Connell y Dowling, 2014).
- Regulación emocional: Estrategias para que el consultante aprenda a comprender y etiquetar las emociones, modificar los factores que aumentan la vulnerabilidad a las emociones negativas, cambiar los eventos desencadenantes o desencadenantes de las emociones, cambiar el comportamiento de una manera que regule las emociones y observar y aceptar las emociones con atención plena (Marra, 2005).
- Tolerancia al malestar: Estrategias que implican distracción, calmarse a sí mismo y otras estrategias para ayudar al consultante a sobrellevar las emociones dolorosas y evitar exacerbar situaciones desafiantes o crisis (Marra, 2005).
- Efectividad interpersonal: Estrategias Implican ayudar al cliente

a aprender a mantener el enfoque en objetivos importantes en situaciones interpersonales, comunicar deseos manera efectiva, mantener el respeto por sí mismo y construir o mejorar las relaciones (Marra, 2005).

Resolución De Problemas

Cuando se exploran las variables alrededor de una conducta que atenta a la terapia se tiene un mapa general de los eventos, lo cual nos permite plantear soluciones objetivas. Una manera de organizar los pasos de resolución de problemas es a través del acrónimo SOLVES (Chapman y Rosenthal, 2016). A continuación, lo describimos en la Tabla 4.

Estrategias de Terapia Focalizada en la Transferencia

TFP es una terapia psicodinámica manualizada individual diseñada para el manejo de trastornos severos de personalidad, incluyendo el TLP. Esta fue diseñada por Otto Kernberg, desarrollada a partir del concepto de que los síntomas del TLP son entendidos de la falta de integración de los afectos cargada en representaciones del self y los otros. Esta falta de integración significa que las representaciones negativas de uno mismo y los otros, y los afectos asociados, están escindidos totalmente de representaciones positivas, generando inestabilidad afectiva, en la identidad y las relaciones interpersonales. Así el elemento central de esta teoría y técnica es el concepto de difusión de identidad y su objetivo es la resolución de este. De este modo el paciente se mueve de la confusión a la integración (Levy et al., 2018; Yeomans et al., 2013).

Tabla 4
Acrónimo SOLVES para Resolución de Problemas

SOLVES	Ejemplo de caso
S=Señalar y describir el problema	Melissa ha conseguido un nuevo trabajo en donde después de 3 meses le están exigiendo que se quede más tiempo en la oficina. Esto ha ocasionado que pierda 02 sesiones de psicoterapia individual y se ha estado sintiendo "frustrada y desesperada" porque le cuesta enfrentar esta situación con su jefe.
O=Orientar tus metas	Melissa tiene claro que en terapia quiere lograr regular la manera en la que siente sus emociones como la ira y frustración cuando tiene problemas de pareja, así mismo establecer un soporte social basado en amistades saludables.
L=Listar soluciones	Melissa acude a terapia después de haber faltado 2 semanas seguidas. En la sesión su terapeuta le propone listar una serie de posibles soluciones a la conducta que atenta a la terapia a manera de "lluvia de ideas" sin juzgar su viabilidad en el momento.
V=Ver las posibles consecuencias y seleccionar una alternativa	Tras unos minutos de realizar una "lluvia de ideas", ambos repasan cada una de las posibles soluciones y las consecuencias de cada una. Melissa en primera instancia selecciona 02 alternativas: 1.- Hablar con su jefe sobre la necesidad de obtener permiso para poder acudir a sus sesiones de terapia individual todos los miércoles a las 6 pm (último turno del terapeuta) y compensar su trabajo en otros espacios de la semana. 2.- Renunciar al trabajo para encontrar algo que se adapte a sus horarios. Finalmente elige la primera alternativa. Asume las consecuencias de esforzarse y a la vez mantener su trabajo para el cumplimiento de sus objetivos.
E= Establecer un plan	Melissa y su terapeuta trabajaron juntos en elaborar un plan para abordar la manera en la que se enfrentará a su jefe y solicitar el espacio de tiempo necesario para poder acceder a su terapia, así como también las posibles barreras que podrían aparecer (no obtener permiso, realizar trámites engorrosos, etc.). Es necesario hablar acerca de la viabilidad y obstáculos de las soluciones propuestas para colocarlos en un plano realista.
S=Supervisar los resultados	Melissa y su terapeuta evalúan el efecto de haber puesto en marcha el plan. Melissa habló con su jefe quien este accede a su solicitud de acudir a su "consulta de salud", aceptando también el que pueda compensar su trabajo en días en los que haya mayor disponibilidad en la oficina.

Establecer un Marco y Contrato Terapéutico

Un importante aporte de la TFP es el combinar de manera exitosa el análisis del mundo interno del paciente junto a un marco de tratamiento, llamado contrato que permite anclar este tratamiento en la realidad. El marco de tratamiento se establece antes de comenzar la terapia propiamente dicha a través de la negociación de un contrato tras una extenuante y completa evaluación clínica. El establecer un contrato es un proceso colaborativo en el que se exponen los motivos por los que se llevará terapia, así mismo se brinda el espacio para que el consultante pueda exponer alguna duda y clarificarse. La actitud del terapeuta es la de flexibilidad y apertura para explicar en términos comprensibles cada elemento que se abordará en la terapia propio al modelo.

El contrato terapéutico incluya elementos universales para el paciente y terapeuta para el cumplimiento de objetivos, tales como pago, asistencias e incluye elementos individuales, contruidos para cada caso en particular y con participación activa del paciente, así como también las consecuencias de atentar contra lo acordado (Yeomans et al., 2013, 2017).

La finalidad del contrato terapéutico es el de brindar una estructura y espacio en el que se pueda explorar y reflexionar sobre la dinámica del consultante con el terapeuta y cómo este se desarrolla para el cumplimiento de sus objetivos respetando los acuerdos planteados, así mismo interpretar el significado de las conductas que atentan al tratamiento (Yeomans et al., 2013, 2017). El contrato terapéutico está orientado a anclar el tratamiento en la realidad debiendo construirse sobre la base de limitar las conductas de mayor riesgo tanto a la vida del paciente como para el tratamiento, sin embargo debe ser lo suficientemente flexible para permitir que la patología del paciente se exprese y pueda así ser analizada y mirada en un entorno seguro. A continuación, se amplían las funciones del contrato en la [Tabla 5](#).

Tabla 5

Funciones del Contrato Terapéutico (Diamond et al., 2022)

Establecer un entendimiento mutuo del problema para dirigirlo al tratamiento
Definir la realidad de la relación terapéutica al clarificar los roles y responsabilidades del cliente y terapeuta
Proteger al consultante, el terapeuta y la terapia, incluyendo la protección de la capacidad del terapeuta de pensar claramente
Minimizar las ganancias secundarias de la condición de salud mental
Proveer un espacio seguro para que los afectos del paciente sean experimentados
Ajustar el escenario para interpretar el significado de las desviaciones del contrato o marco de tratamiento
Proveer un marco terapéutico organizado que permite que la terapia se convierta en un ancla en la vida del paciente
Definir las opciones del paciente y discutir las posibles actividades de su vida que definen los elementos de identidad y conflictos internos

Cuando hay desviaciones del marco terapéutico, el referirse al contrato respalda la capacidad del paciente para salir del momento y ver su comportamiento desde perspectivas alternativas. Al hacer referencia al contrato y su falta de cumplimiento pueden experimentarse sentimientos intensos y reflexionar, en contraste con la necesidad sentida por el paciente de manejar los aspectos amenazantes de la experiencia afectiva a través de la actuación y la proyección (Yeomans et al., 2013). A continuación, describimos los elementos del contrato terapéutico en la [Tabla 6](#).

Tabla 6

Elementos del Contrato Terapéutico (Diamond et al., 2022)

Responsabilidades del paciente:
Asistencia y participación en la terapia
Asociación libre de los aspectos que lo trajeron al paciente a la terapia (haciendo un esfuerzo de expresar pensamientos y sentimientos libremente sin censura)
Pago de honorarios
Hacer un esfuerzo de reflejar lo que el consultante reporta, en los comentarios del terapeuta o en la interacción
Responsabilidades del terapeuta:
Ajustarse a la programación
Prestar atención a todos los aspectos del consultante
Hacer un esfuerzo para ayudar al paciente a entender los aspectos más profundos de sus dificultades de personalidad
Clarificar límites personales
Viñeta clínica:
C: Hola de nuevo.
T: Hola. Me llama la atención que faltaste la semana pasada y no me avisaste. No es la primera vez que ocurre.
C: Siento que no necesito esto. Me han dicho que estoy mejor.
T: Me da gusto que te sientas mejor, sin embargo, has faltado sin justificación y eso no fue lo que acordamos en nuestro contrato.
C: No me gusta esta situación, tener que hacer esto.
T: Pensé que estábamos trabajando por el cumplimiento de tus objetivos. Para poder ayudarte es importante que primero mantengamos un respeto por la terapia y los acuerdos que establecimos. ¿Qué piensas sobre esto que sucede?
C: Tengo el presentimiento de que solo me quiere controlar y no soy un niño.
T: Es interesante esto que dices. Al parecer esto que te sucede conmigo es similar a lo que te ocurre con los demás y quieres evitar recibir órdenes. A ver si lo exploramos juntos.
C: Está bien.

Estrategias de Terapia Basada en la Mentalización

Mentalización es la capacidad de entender las acciones de uno mismo y de los demás en términos de pensamientos, sentimientos y deseos (Bateman y Fonagy, 2016; Daubney y Bateman, 2015). La TBM es una estructura de tratamiento colaborativa para la expansión de la mentalización y ayudar al cliente a identificar los estados mentales que están fuera de la conciencia del consultante. Este enfoque involucra que el terapeuta exhiba empatía y provea validación de la experiencia del consultante, clarificación y exploración de la narrativa e identificación del foco afectivo de la sesión. El terapeuta ayuda a ampliar la perspectiva del consultante en los eventos presentados en la narrativa, al presentar perspectivas alternativas. El proceso terapéutico se centra principalmente en el aquí y ahora de la sesión e involucra la relación con las figuras de apego, incluyendo al terapeuta, y cómo esto influencia en la capacidad de mentalizar (Fonagy y Target, 2006; Levy et al., 2018).

Para ayudarnos a comprender el cómo y el por qué de las formas en que la mentalización y la no mentalización pueden adoptar estas diferentes formas, debemos apreciar que la mentalización se basa en diferentes actividades sociocognitivas sustentadas por diferentes procesos neurobiológicos. Son cuatro dimensiones (o polaridades) que se presentan en la vida de la persona en el ámbito cotidiano e interrelacional: Automático/controlado; Self/otros; Cognitivo/afectivo; Interno/externo.

Todas las personas avanzamos y retrocedemos a lo largo de estas dimensiones en respuesta a cambios en nuestro entorno y ajustes en lo que pensamos. En ocasiones podemos centrarnos en nuestros propios estados mentales, mientras que en otros momentos podemos estar más atrapados en lo que creemos que está en la mente de los

demás. A menudo encontramos que las personas que experimentan angustia emocional o dificultades de comportamiento tienden a estar más “atascadas” en un polo de una o más dimensiones. Una buena o eficaz mentalización supone que existe un “movimiento” flexible entre los polos de cada dimensión, logrando un equilibrio entre ellos en el procesamiento de las representaciones mentales. Dependiendo del contexto y del tema, la mentalización ineficaz puede verse muy diferente. Todos tenemos diferentes fortalezas y debilidades según dónde tendemos a aterrizar en cada dimensión de mentalización. Aunque hablamos de “fallos” en la mentalización, como si la mentalización fuera un proceso único que simplemente se detiene, estos fallos pueden aparecer de diferentes maneras, dependiendo de cómo esté funcionando el individuo en las diferentes dimensiones (Bateman et al., 2023).

Las conductas que atentan contra la terapia, así como cualquier otra conducta problema que se observe en el TLP, desde la perspectiva de TBM, está asociada a un fallo en la capacidad de la mentalización. Las personas con TLP tienen desequilibradas las distintas dimensiones de la mentalización, presentando una atención excesiva a uno de los polos de cada dimensión y generando, por consecuencia, una desatención al otro polo (Bateman y Fonagy, 2016). Este foco en un polo y desatención en el otro, facilita los problemas observados en la regulación de emociones, control de impulsos, interacción social y estilos de apego en las personas con TLP. Ante el fallo en la mentalización por parte de las personas con TLP, sobre todo en contextos sentidos como amenazantes o poco seguros, las personas suelen activar modos de pensar no mentalizadores o pre mentalizadores (se denomina así, porque son similares a los modos de pensar que se observan en los niños, antes de desarrollar su capacidad mentalizadora) (Bateman y Fonagy, 2016). Así, cuando falla la mentalización, la persona va a tener dificultades para diferenciar lo que piensa o siente, de lo que sucede en la realidad, estableciéndose una equivalencia entre lo que pienso y lo que es real, por lo que este modo se denomina equivalencia psíquica. En contraposición a la equivalencia psíquica, aparece otro modo pre mentalizado, denominado modo teleológico. En el modo

teleológico, la certeza de lo verdadero no está en mi pensamiento o en lo que siento, sino en lo que observo, necesitando que se produzca alguna conducta observable, hecha por otro o por mí, para comprender lo que sucede. El último modo pre mentalizado, es el modo simulado. En el modo simulado surge una desconexión entre lo que la cognición y el afecto de la persona, siendo testigos de relatos aparentemente mentalizadores, sin embargo, observamos una carencia de expresión y congruencia afectiva, siendo relatos circulares, vacíos sin resonancia afectiva. En el modo simulado, la persona simula mentalizar, por lo que en realidad hipermentaliza o pseudomentaliza, llegando en situaciones extremas, a la despersonalización, desrealización y disociación. A continuación, describimos estas dimensiones y modos pre mentalizados en la Figura 1.

La TBM utiliza técnicas específicas que le dan peso a la validez de la terapia ya que esta se centra en el proceso más que en contenido, dando la posibilidad al paciente de desarrollarse y abrirse camino a la comprensión de sus estados internos y de otros por lo que el terapeuta es un observador constante y habilidoso de esa elaboración que permite la trascendencia (Bateman y Fonagy, 2016). Se mencionan a continuación brevemente:

- Apoyo, validación y empatía
- Clarificación y elaboración del afecto
- Identificar la Mentalización positiva
- Detenerse y desafiar al paciente
- Mentalización básica:
- Parar, escuchar y mirar
- Parar, rebobinar y explorar
- Mentalización de la transferencia

A continuación, presentamos algunas viñetas clínicas e intervenciones del enfoque de la mentalización para manejar conductas que atentan a la terapia:

Modo prementalizador:

A. Equivalencia psíquica:

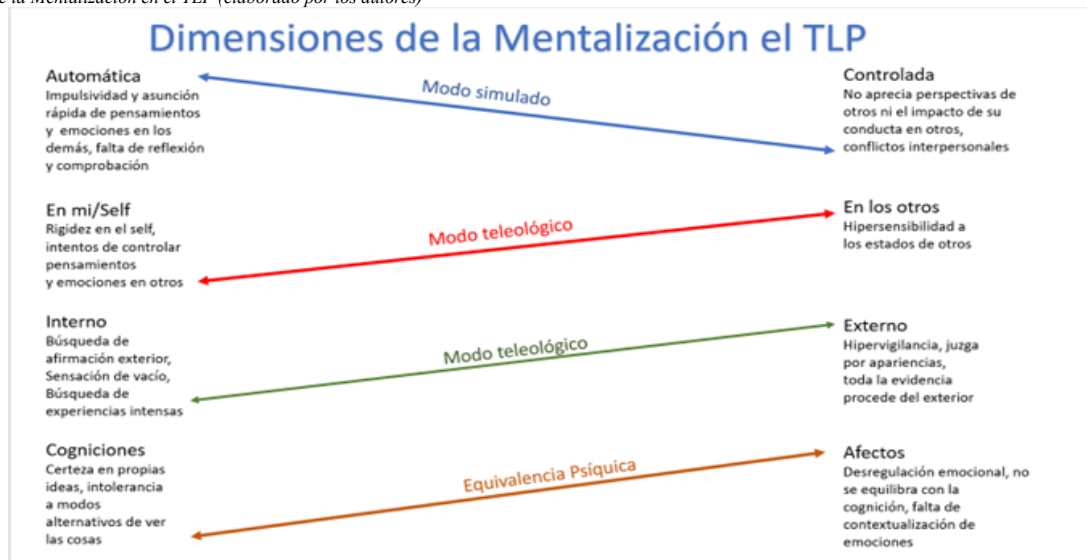
1. “Si es doloroso no voy a poder”

• Viñeta clínica 1:

P: No quisiera seguir en esta situación. Estoy sufriendo mucho.

Figura 1

Dimensiones de la Mentalización en el TLP (elaborado por los autores)



No creo poder seguir en un tratamiento y a la vez lidiar con que mi novio se haya ido.

T: Observo que la estás pasándola muy mal.

P: No sé hasta cuando vaya a aguantar.

T: ¿Cómo llegas a la conclusión de que no vas a poder?

• Intervención 1:

o No descalifica el sentir del paciente

o Valida la experiencia

o Terapeuta adopta postura de no saber e invita a retomar mentalización a partir de explorar la conclusión del paciente

2. “Solo los que les pasa lo mismo que yo o sienten lo mismo que yo, me van a entender”

• Viñeta clínica 2:

P: Creo que no me entiende y solamente me escucha y dice cosas agradables.

T: ¿A qué te refieres?

C: A este paso solo terminaré yéndome como siempre de las terapias donde estoy. No me entiende simplemente.

T: ¿Qué crees debería de pasar para que pienses que te entiendo?

P: No sé, que siente lo mismo que yo

T: Parece ser que asumes que no puedo entenderte por no sentirme como tu

• Intervención 2:

o Terapeuta cuestiona la creencia de un paciente que ha dejado de mentalizar, para favorecer un proceso mas reflexivo.

B. Modo teleológico

1. “Lo que los otros hacen me confirma que yo estoy mal”

• Viñeta clínica 1:

P: Estoy harta. Hasta aquí creo que llego en la terapia. He venido pensándolo bien y creo que es lo mejor.

T: Vaya, no veía venir esto. Para poder entender esto que dices, ¿podrías contarme lo que ha sucedido?

P: Lo siento, pensé que ya te lo había contado. Estoy pasando por un mal momento, esta semana ha sido de lo peor. Primero pierdo mi trabajo, mi novio me deja y acabo de pelearme con mi mamá. Siento que voy a explotar.

T: Ya veo. Eso debe sentirse muy mal. Ayúdame a entender un poco más. ¿A qué te está llevando todo esto que sientes?

• Intervención 1:

o Clarificas lo que está sucediendo

o Invitas al paciente a notar el componente afectivo

o El terapeuta no se detiene a explorar en el mensaje de no seguir en terapia e invita a la paciente a mentalizar el impacto del componente afectivo en su experiencia

• Viñeta clínica 2:

P: Quiero ser sincero por primera vez, espero que no se tome a mal. Estoy cansado de estar en terapia.

T: Eso me toma por sorpresa y a la vez me agrada saber que puedes ser sincero aquí.

P: Ya lo dije.

T: Ahora podríamos hablar sobre esa sensación de cansancio con la terapia, y creo que la sinceridad que has demostrado nos puede ayudar con eso.

• Intervención 2:

o El terapeuta valida el sentir del paciente y resalta la mentalización positiva, al ser el paciente honesto con él.

o Usa esa mentalización positiva que ha surgido en el paciente, para mentalizar otros aspectos en relación a su experiencia.

2. “Repite esa acción que me incomoda, me quiere hacer sentir mal”

• Viñeta clínica 3:

P: Cuando el psiquiatra me dice que debo tomar los medicamentos me siento como un niño pequeño. Solo quiere hacerme sentir que no puedo con esto. Me da ganas de darle la contra.

T: Oh, espera un momento. ¿Cómo es que llegaste a esto?

C: Solo eso

T: ¿Qué fue lo que te hizo?

P: Me repite lo mismo siempre.

T: ¿Por qué piensas que él te repite esto cada vez que se ven?

P: Bueno, un par de veces se dio cuenta que me olvidé de los medicamentos.

T: Ya veo, al parecer estaba haciendo su trabajo.

• Intervención 3:

o Parar, escuchar y mirar

o Terapeuta hace una pausa en la sesión, investigar los detalles de lo que sucede, resaltar quién siente qué acerca de quién y lo que se entiende desde su perspectiva.

3. “Si ellos no hablan, yo no hablo”

• Viñeta clínica 4:

P: No me gusta cuando los demás no dicen lo que piensan. Es la manera en la que me guardo las cosas, si no me hablan primero.

T: Es interesante. Me pregunto si también te sucede aquí, si no sabes lo que estoy pensando.

P: Si no me lo dicen, no hablo.

T: ¿Aún no me preguntarás lo que pienso?

P: Tal vez.

T: Eso sería un gran paso. Cuando no dices nada podrías estar preocupado por lo que pienso de ti.

P: Algo de eso pasa.

T: Cuéntame. ¿Ha sucedido algo así el día de hoy desde que comenzamos la sesión?

• Intervención 4:

o El Terapeuta pone el foco en la transferencia en sesión.

o Tiene la finalidad de mover la terapia hasta el aspecto del aquí y ahora.

o Vinculan el presente exterior al proceso actual del tratamiento, o mueven la emoción actual de la sesión hacia la vida exterior del paciente.

C. Modo simulado

1. Cambio de tema, evitación.

• Viñeta clínica 5:

P: Estaba solo en casa y estuve escuchando música, esas de las que me gustan y me hacen solo llorar, no quería salir a la cita. Pero bueno, ya no tiene sentido hablar de esto. El otro día...

T: Espera un momento, me estaba perdiendo en eso que contabas, luego pasaste a otro tema.

P: Es difícil.

T: ¿Qué pasó en el momento que estabas escuchando la música?

P: Me sentía muy mal, muy triste.

T: ¿Qué pasó que decidiste venir finalmente hasta acá?

P: Supongo que me armé de valor para continuar con esta terapia.

• Intervención 5:

o Parar, rebobinar, explorar

o Terapeuta nota la desconexión y el cambio de tema, para la interacción y retrocede hasta el punto en donde se estaba teniendo una adecuada mentalización, para explorar paso por paso lo sucedido.

Conclusiones

El TLP es una condición crónica caracterizada por inestabilidad emocional, ira inapropiada e impulsividad, sobre todo dificultades interpersonales, lo que genera un impacto en la transferencia durante el proceso terapéutico.

Las conductas que atentan a la terapia promueven al abandono temprano si es que no se abordan a través de estrategias que permitan comprender las limitaciones de los consultantes y fomentar un marco de tratamiento basados en acuerdos y responsabilidades en la diada terapeuta-consultante.

La TCD es una de las terapias que más han demostrado efectividad en el abordaje del TLP, logrando mayor adherencia al tratamiento y disminución de conductas de riesgo. Dentro de sus objetivos está el lograr que un paciente pueda resolver habilidosamente las barreras que le impiden ser ayudado. La TBM considera cualquier conducta problema que se produce durante la relación terapéutica, como un fallo en la mentalización, por lo que el terapeuta debe prestar bastante atención al momento en que se deja de mentalizar, parar, y favorecer una actitud mentalizadora por parte del paciente. Este proceso conlleva el uso de un conjunto de estrategias, que, partiendo de la postura de no saber, valida, clarifica, desafía, resalta la mentalización positiva, favorece la mentalización básica y resalta la transferencia que se produce en la sesión, para que esto también sea mentalizado.

Por otro lado, terapias psicodinámicas como la TBM y PFT han aportado una filosofía de respeto por la terapia valorando el proceso a nivel interpersonal y un contrato a seguir.

Es necesario considerar que las diferentes teorías de los modelos terapéuticos presentados se enfocan en los elementos centrales que componen el desarrollo de la personalidad, como el temperamento y su relación con la regulación emocional, el apego y la mentalización; por lo cual resulta útil en su aplicación y ayudar a comprender los factores de posible abandono en el proceso terapéutico.

El propósito de esta revisión fue el describir los principales modelos terapéuticos que han demostrado evidencia en el tratamiento de pacientes con TLP para mejorar la adherencia al tratamiento y evitar abandonos.

Financiación

El presente trabajo no recibió financiación específica de agencias del sector público, comercial o de organismos no gubernamentales.

Declaración

Los autores no recibieron apoyo económico o financiación para apoyar la investigación ni la autoría y/o publicación de este artículo. No hay interés económico o beneficio de la aplicación directa de esta investigación.

Declaración de Interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Allen, D. M. (1997). Techniques for reducing therapy-interfering behavior in patients with borderline personality disorder. Similarities in four diverse treatment paradigms [Técnicas para reducir la conducta que interfiere con la terapia en pacientes con trastorno límite de la personalidad. Similitudes entre cuatro paradigmas de tratamiento diferentes]. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 6(1), 25-35.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* [Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales] (5ª ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arntz, A., Mensink, K., Cox, W. R., Verhoef, R. E. J., van Emmerik, A. A. P., Rameckers, S. A., Badenbach, T. y Grasman, R. P. P. P. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: A multilevel survival meta-analysis [Abandono del tratamiento psicológico para el trastorno límite de la personalidad: un metanálisis de supervivencia multinivel]. *Psychological Medicine*, 53(3), 668-686. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003634>
- Bach, B., Kramer, U., Doering, S., di Giacomo, E., Hutsebaut, J., Kaera, A., De Panfilis, C., Schmahl, C., Swales, M., Taubner, S. y Renneberg, B. (2022). The ICD-11 classification of personality disorders: A European perspective on challenges and opportunities [La clasificación CIE-11 de los trastornos de la personalidad: una perspectiva europea sobre los retos y las oportunidades]. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, 9(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s40479-022-00182-0>
- Barnicot, K., Katsakou, C., Marougka, S. y Priebe, S. (2011). Treatment completion in psychotherapy for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis [Finalización del tratamiento en psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática y un metanálisis]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 123(5), 327-338. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2010.01652.x>
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2016). *Mentalization-Based Treatment for Personality Disorders: A Practical Guide* [Tratamiento basado en la mentalización para los trastornos de la personalidad: una guía práctica]. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199680375.001.0001>
- Bateman, A., Fonagy, P., Campbell, C., Luyten, P. y Debbané, M. (2023). *Cambridge guide to mentalization-based treatment* [Guía de Cambridge para el tratamiento basado en la mentalización]. Cambridge.
- Blüml, V. y Doering, S. (2021). ICD-11 Personality disorders: a psychodynamic perspective on personality functioning [Trastornos de la personalidad según la CIE-11: una perspectiva psicodinámica del funcionamiento de la personalidad]. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 654026. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.654026>
- Boggiano, J. y Gagliesi, P. (2020). *Terapia Dialectico Conductual. Introduccion al tratamiento de consultantes con desregulación emocional*. Editorial Tres Olas.
- Chapman, A. L. y Rosenthal, M. Z. (2016). *Managing therapy-interfering behavior: Strategies from dialectical behavior therapy* [Manejo de la conducta que interfiere con la terapia: estrategias desde la terapia dialéctica conductual]. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14752-000>

- Choi-Kain, L. y Gunderson, J. (2019). *Applications of good psychiatric management for borderline personality disorder* [Aplicaciones del buen manejo psiquiátrico para el trastorno límite de la personalidad]. American Psychiatric Pub
- Daubney, M. y Bateman, A. (2015). Mentalization-based therapy (MBT): An overview [Terapia basada en la mentalización (MBT): una visión general]. *Australasian Psychiatry: Bulletin of Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists*, 23(2), 132-135. <https://doi.org/10.1177/1039856214566830>
- de Freixo, L., Guerra, C. y Vieira-Coelho, M. A. (2023). Predictors of psychotherapy dropout in patients with borderline personality disorder: A systematic review [Predictores del abandono de la psicoterapia en pacientes con trastorno límite de la personalidad: una revisión sistemática]. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(6), 1324-1337. <https://doi.org/10.1002/cpp.2888>
- De Panfilis, C., Marchesi, C., Cabrino, C., Monici, A., Politi, V., Rossi, M. y Maggini, C. (2012). Patient factors predicting early dropout from psychiatric outpatient care for borderline personality disorder [Factores del paciente que predicen el abandono temprano de la atención psiquiátrica ambulatoria por trastorno límite de la personalidad]. *Psychiatry Research*, 200(2-3), 422-429. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.03.016>
- Diamond, D., Yeomans, F. E., Stern, B. L. y Kernberg, O. F. (2022). *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy* [Tratamiento del narcisismo patológico con psicoterapia centrada en la transferencia]. The Guilford Press.
- DiClemente, C. C. y Prochaska, J. O. (1982). Self-change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance [Autocambio y cambio terapéutico de la conducta de fumar: una comparación de los procesos de cambio en el abandono y el mantenimiento]. *Addictive Behaviors*, 7(2), 133-142. [https://doi.org/10.1016/0306-4603\(82\)90038-7](https://doi.org/10.1016/0306-4603(82)90038-7)
- Dunand, N., Golay, P., Bonsack, C., Spagnoli, D. y Pomini, V. (2024). Good psychiatric management for borderline personality disorder: A qualitative study of its implementation in a supported employment team [Buen manejo psiquiátrico del trastorno límite de la personalidad: un estudio cualitativo de su implementación en un equipo de empleo con apoyo]. *PloS One*, 19(3), e0299514. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0299514>
- Fonagy, P. y Target, M. (2006). The mentalization-focused approach to self pathology [El enfoque centrado en la mentalización de la patología del yo]. *Journal of Personality Disorders*, 20(6), 544-576. <https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.6.544>
- Kramer, U. (2024). Good-enough therapy: a review of the empirical basis of good psychiatric management [Terapia suficientemente buena: una revisión de la base empírica de un buen tratamiento psiquiátrico]. *American Journal of Psychotherapy*. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.20230041>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C. y Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies [Trastorno límite de la personalidad: una revisión exhaustiva del diagnóstico y la presentación clínica, la etiología, el tratamiento y las controversias actuales]. *World Psychiatry*, 23(1), 4-25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Levy, K. N., McMain, S., Bateman, A. y Clouthier, T. (2018). Treatment of borderline personality disorder [Tratamiento del trastorno límite de la personalidad]. *Psychiatric Clinics of North America*, 41(4), 711-728. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2018.07.011>
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder* [Tratamiento cognitivo-conductual del trastorno límite de la personalidad]. Guilford Press.
- Linehan, M. (2015). *DBT skills training manual* [Manual de entrenamiento en habilidades DBT] (2ª ed.). The Guilford Press.
- Lynch, T. R., Trost, W. T., Salsman, N. y Linehan, M. M. (2007). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder [Terapia dialéctica conductual para el trastorno límite de la personalidad]. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 181-205. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095229>
- Marra, T. (2005). *Dialectical behavior therapy in private practice: A practical and comprehensive guide* [Terapia dialéctica conductual en la práctica privada: una guía práctica y completa]. New Harbinger Publications.
- McMurrin, M., Huband, N. y Duggan, C. (2008). A comparison of treatment completers and non-completers of an in-patient treatment programme for male personality-disordered offenders [Comparación de pacientes que completaron y no completaron el tratamiento en un programa de tratamiento para delinquentes varones con trastornos de la personalidad]. *Psychology and Psychotherapy*, 81(Pt 2), 193-198. <https://doi.org/10.1348/147608308X288762>
- McMurrin, M., Huband, N. y Overton, E. (2010). Non-completion of personality disorder treatments: A systematic review of correlates, consequences, and interventions [Incumplimiento de los tratamientos de los trastornos de la personalidad: una revisión sistemática de correlatos, consecuencias e intervenciones]. *Clinical Psychology Review*, 30(3), 277-287. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.12.002>
- Miller, W. y Rollnick, S. (2015). *La entrevista motivacional. Ayudando a las personas a cambiar* (Tercera edición). Editorial Paidós.
- O'Connell, B. y Dowling, M. (2014). Dialectical behaviour therapy (DBT) in the treatment of borderline personality disorder [Terapia dialéctica conductual (DBT) en el tratamiento del trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 518-525. <https://doi.org/10.1111/jpm.12116>
- Oldham, J. M. (2022). How will clinicians utilize the alternative DSM-5-TR section iii model for personality disorders in their clinical work? [¿Cómo utilizarán los médicos el modelo alternativo de la sección III del DSM-5-TR para los trastornos de la personalidad en su trabajo clínico?]. *Focus (American Psychiatric Publishing)*, 20(4), 411-412. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20220053>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación internacional estadística de enfermedades y problemas relacionados con la salud* (11ª ed.). <https://icd.who.int/>
- Pérez, A., Vega, F. M., Martín, N., Molina, R., Mosqueira, I. y Rubio, V. (2005). Diagnostics discrepancies between ICD-10 and DSM-IV in personality disorders [Discrepancias diagnósticas entre la CIE-10 y el DSM-IV en los trastornos de la personalidad]. *Actas Espanolas De Psiquiatria*, 33(4), 244-253. <https://actaspsiquiatria.es/index.php/actas/article/view/1080>
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change [Terapia transteórica: hacia un modelo de cambio más integrador]. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 19(3), 276-288. <https://doi.org/10.1037/h0088437>
- Robins, C. J. y Chapman, A. L. (2004). Dialectical behavior therapy: Current status, recent developments, and future directions [Terapia dialéctica conductual: estado actual, desarrollos recientes y direcciones futuras]. *Journal of Personality Disorders*, 18(1), 73-89. <https://doi.org/10.1521/pedi.18.1.73.32771>

- Stoffers, J. M., Völm, B. A., Rücker, G., Timmer, A., Huband, N. y Lieb, K. (2012). Psychological therapies for people with borderline personality disorder [Terapias psicológicas para personas con trastorno límite de la personalidad]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD005652. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005652.pub2>
- Storebø, O. J., Stoffers-Winterling, J. M., Völm, B. A., Kongerslev, M. T., Mattivi, J. T., Jørgensen, M. S., Faltinsen, E., Todorovac, A., Sales, C. P., Callesen, H. E., Lieb, K. y Simonsen, E. (2020). Psychological therapies for people with borderline personality disorder [Terapias psicológicas para personas con trastorno límite de la personalidad]. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 5, CD012955. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012955.pub2>
- Trull, T. J., Distel, M. A. y Carpenter, R. W. (2011). DSM-5 Borderline personality disorder: At the border between a dimensional and a categorical view [Trastorno límite de la personalidad según el DSM-5: en la frontera entre una visión dimensional y una categórica]. *Current Psychiatry Reports*, 13(1), 43-49. <https://doi.org/10.1007/s11920-010-0170-2>
- Vásquez-Dextre, E. R. (2016). Terapia dialéctico conductual en el trastorno límite de personalidad: *El equilibrio entre la aceptación y el cambio*. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 79(2), 108-118. <https://doi.org/10.20453/rnp.v79i2.2834>
- Wnuk, S., McMain, S., Links, P. S., Habinski, L., Murray, J. y Guimond, T. (2013). Factors related to dropout from treatment in two outpatient treatments for borderline personality disorder [Factores relacionados con el abandono del tratamiento en dos tratamientos ambulatorios para el trastorno límite de la personalidad]. *Journal of Personality Disorders*, 27(6), 716-726. https://doi.org/10.1521/pedi_2013_27_106
- Yeomans, F. E., Delaney, J. C. y Levy, K. N. (2017). Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy [Activación conductual en la TFP: el papel del contrato de tratamiento en la psicoterapia centrada en la transferencia]. *Psychotherapy*, 54(3), 260-266. <https://doi.org/10.1037/pst0000118>
- Yeomans, F. E., Gutfreund, J., Selzer, M. A., Clarkin, J. F., Hull, J. W. y Smith, T. E. (1994). Factors related to drop-outs by borderline patients: treatment contract and therapeutic alliance [Factores relacionados con el abandono del tratamiento en pacientes límite: contrato de tratamiento y alianza terapéutica]. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 3(1), 16-24. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3330357/>
- Yeomans, F. E., Levy, K. N. y Caligor, E. (2013). Transference-focused psychotherapy [Psicoterapia centrada en la transferencia]. *Psychotherapy*, 50(3), 449-453. <https://doi.org/10.1037/a0033417>