



Universidad Internacional de La Rioja
Facultad de Ciencias de la Salud

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria
**Eficacia de las Terapias de Tercera
Generación en el tratamiento del
Trastorno Límite de la Personalidad en
adultos: una revisión sistemática**

Trabajo fin de estudio presentado por:	Marta Daza Gotor
Modalidad:	Revisión Sistemática
Director/a:	María Luisa Verdú García
Fecha:	01/07/2026

Resumen

El Trastorno Límite de la Personalidad es uno de los trastornos mentales más complejos y que genera mayor sufrimiento tanto a quien lo padece como a su entorno. En los últimos años, las terapias de tercera generación han adquirido relevancia en su tratamiento. Esta revisión sistemática examina la eficacia de la Terapia Dialéctico-Conductual, la Terapia de Esquemas, la Terapia de Aceptación y Compromiso y la Terapia Centrada en la Compasión en adultos con TLP, siguiendo las directrices PRISMA 2020. Se incluyeron 6 estudios (N = 1.162) publicados entre 2020 y 2026. Los resultados muestran efectos favorables para las cuatro terapias en distintas dimensiones clínicas, con mejoras en síntomas nucleares y funcionamiento psicosocial. No se hallaron diferencias claras de superioridad en las comparaciones directas disponibles. Una selección más personalizada de intervenciones y el estudio de enfoques integradores constituyen líneas de trabajo especialmente prometedoras para futuras investigaciones.

Palabras clave: *trastorno límite de la personalidad, terapias de tercera generación, eficacia psicoterapéutica, desregulación emocional, revisión sistemática*

Abstract

Borderline Personality Disorder is one of the most complex mental disorders, causing significant suffering both to those who experience it and to those around them. In recent years, third-generation therapies have gained relevance in its treatment. This systematic review examines the efficacy of Dialectical Behavior Therapy, Schema Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, and Compassion-Focused Therapy in adults with BPD, following PRISMA 2020 guidelines. Six studies (N = 1,162) published between 2020 and 2026 were included. Results show favorable effects for all four therapies across different clinical dimensions, with improvements in core symptoms and psychosocial functioning. No clear superiority differences were found in the available direct comparisons. A more personalized selection of interventions and the study of integrative approaches represent particularly promising lines of work for future research.

Keywords: *borderline personality disorder, third-generation therapies, psychotherapeutic efficacy, emotional dysregulation, systematic review*

Índice de contenidos

1.	Marco teórico.....	8
1.1.	Evolución del concepto del Trastorno Límite de Personalidad	8
1.2.	Modelos explicativos del Trastorno Límite de la Personalidad.....	10
1.3.	Características clínicas principales	13
1.4.	Diagnóstico actual del Trastorno Límite de la Personalidad	14
1.5.	Epidemiología	15
1.6.	Terapias de Tercera Generación aplicadas al TLP	16
1.6.1.	Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)	17
1.6.2.	Terapia de Esquemas (Schema Therapy – ST)	19
1.6.3.	Terapia Centrada en la Compasión (CFT)	21
1.6.4.	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)	23
1.6.5.	Situación actual	25
2.	Justificación	27
3.	Objetivos	29
3.1.	Objetivo general	29
3.2.	Objetivos secundarios	29
4.	Pregunta de investigación	30
5.	Metodología	31
5.1.	Estrategia de búsqueda	31
5.2.	Criterios de inclusión y exclusión	32
6.	Resultados	34
6.1.	Diagrama de flujo	34
6.2.	Síntesis descriptiva de estudios.....	36
6.2.1.	Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)	39

6.2.2.	Terapia de Esquemas (ST).....	40
6.2.3.	Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT).....	41
6.2.4.	Terapia Centrada en la Compasión (CFT)	42
6.3.	Síntesis comparativa y jerarquización de la evidencia	42
6.4.	Eficacia diferencial y mecanismos de cambio	44
7.	Discusión y conclusiones	46
7.1.	Limitaciones.....	47
7.2.	Prospectiva	48
	Referencias bibliográficas.....	50

Índice de figuras

Figura 1. <i>Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA 2020)</i>	35
---	----

Índice de tablas

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática.....	37
--	----

1. Marco teórico

1.1. Evolución del concepto del Trastorno Límite de Personalidad

El concepto de “personalidad límite” o *borderline* se remonta a la primera mitad del siglo XX, y surge dentro del marco del psicoanálisis. Fue Adolf Stern quien, en 1938, utilizó por primera vez el término “borderline” para referirse a un grupo de pacientes ambulatorios que no respondían bien al psicoanálisis clásico y que presentaban características intermedias entre la neurosis y la psicosis. Estos pacientes se caracterizaban por una notable inestabilidad emocional, dificultades importantes en sus relaciones y una organización psíquica frágil, aunque sin llegar a presentar la desorganización propia de la psicosis.

En décadas posteriores, autores como Otto Kernberg (1975) añadieron el concepto de “organización de personalidad borderline”. Kernberg describió mecanismos defensivos primitivos, como la escisión, junto con una difusión de la identidad y relaciones de objeto internalizadas muy inestables, lo que permitía diferenciar claramente esta estructura de la neurosis y de la psicosis. A pesar de estas valiosas aportaciones teóricas, el Trastorno Límite de la Personalidad no se reconoció como una entidad diagnóstica formal hasta la publicación del DSM-III en 1980. En ese momento, se incluye como un trastorno de personalidad del Eje II, con criterios diagnósticos basados principalmente en los trabajos de Gunderson y Singer (1975). Estos autores identificaron seis características que aparecían de forma recurrente en aquellos pacientes que recibían un diagnóstico de “borderline”. Entre estas características destacaba el afecto intenso y reactivo, conductas impulsivas y autodestructivas, una aparente adaptabilidad social que contrastaban con un caos emocional interno, además de presentar episodios psicóticos breves desencadenados por el estrés. También se observaban dificultades para mantener un pensamiento coherente en situaciones no estructuradas y relaciones interpersonales que iban desde una superficialidad inicial a una intensa dependencia con miedo al abandono. Este cambio representó un verdadero punto de inflexión, al pasar de una conceptualización psicodinámica bastante difusa a una definición categorial más precisa, basada en criterios observables y con mayor fiabilidad. Aportó claridad y reproducibilidad al concepto y tuvo una influencia directa en la definición categorial que se incluyó en el DSM-III, sentando las bases de los criterios diagnósticos del TLP.

Posteriormente, tanto el DSM-III-R (1987) como el DSM-IV (1994) mantuvieron estos criterios con solo pequeñas modificaciones. Por ejemplo, en el DSM-IV se añadió el criterio de “ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves”, y por su parte, la CIE-10 (1992/1994) lo incorporó bajo el nombre de “Trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad”, diferenciando dos subtipos: el impulsivo y el límite.

El DSM-5 (2013) y su revisión DSM-5-TR (2022) conservaron prácticamente intactos los nueve criterios del DSM-IV, manteniendo un enfoque predominantemente categorial, aunque introdujeron en la Sección III un modelo alternativo dimensional que evalúa alteraciones en el funcionamiento del self y en las relaciones interpersonales, junto con rasgos patológicos como la afectividad negativa, la desinhibición y el psicoticismo.

En contraste, la CIE-11 (2019) adoptó un enfoque completamente dimensional con el propósito de simplificar el diagnóstico, reducir las altas tasas de comorbilidad y minimizar el estigma asociado a las etiquetas diagnósticas tradicionales. Esta clasificación se basa en un indicador de gravedad (subumbral, leve, moderada o grave) en función de la afectación y malestar clínicamente significativo y concibe los rasgos de personalidad como un continuo que va desde lo normal hasta lo patológico, donde los rasgos dominantes y el nivel de gravedad guían la elección del tratamiento. Aun así, el manual mantiene de forma separada un patrón específico de personalidad borderline.

Esta trayectoria refleja la transición desde una visión psicodinámica y controvertida, que hablaba de pacientes “en el límite”, hacia un diagnóstico más estandarizado y reproducible. Sin embargo, en la comunidad científica persisten debates importantes sobre la validez del enfoque categorial frente al dimensional, así como sobre su solapamiento con otros trastornos como el trauma complejo o los trastornos del estado de ánimo. La evolución en su definición y concepto favoreció además el desarrollo de distintos modelos explicativos sobre el origen del trastorno desde enfoques muy diversos.

1.2. Modelos explicativos del Trastorno Límite de la Personalidad

El Trastorno Límite de la Personalidad ha sido explicado desde múltiples perspectivas teóricas a lo largo de las últimas décadas, lo que refleja tanto su complejidad clínica como la evolución histórica de la psicopatología. Ningún modelo puede explicar por sí solo la heterogeneidad del trastorno, por lo que en la actualidad prevalece una visión integradora que reconoce la interacción entre factores biológicos, ambientales, psicológicos y relacionales.

Uno de los modelos más influyentes desde el enfoque psicodinámico fue el de Otto Kernberg (1975). Este autor describió el TLP como una “organización de personalidad borderline”, caracterizada por el uso de mecanismos defensivos primitivos como la escisión, una difusión de la identidad, que supone una incapacidad de consolidar una autoimagen coherente y estable y unas representaciones internas de uno mismo y de los demás muy inestables y polarizadas (Erikson, 1968). Esta fragmentación explicaría la inestabilidad emocional, las relaciones intensas pero caóticas y el miedo intenso al abandono que sufren estas personas.

Desde una perspectiva que integró biología y ambiente, Marsha Linehan (1993) desarrolló la **Teoría Biosocial**, uno de los modelos explicativos que continúa teniendo mayor impacto clínico y empírico. Linehan postula que la desregulación emocional central del TLP surge de la interacción entre una vulnerabilidad temperamental biológica, caracterizada por una elevada sensibilidad y reactividad emocional y una lenta recuperación al estado emocional basal, además de un entorno invalidante crónico durante el desarrollo de la persona. En este contexto, las experiencias emocionales del niño o adolescente son sistemáticamente minimizadas, castigadas o atribuidas a defectos de carácter, lo que dificulta el aprendizaje de habilidades adaptativas de regulación y favorece la emisión de conductas extremas como autolesiones o amenazas suicidas con el propósito de regular la emoción.

En el ámbito cognitivo, Beck y sus colaboradores (Beck et al., 2004) destacaron el papel de los esquemas disfuncionales tempranos en el origen de este trastorno. Según el **Modelo Cognitivo**, las personas con TLP habrían internalizado creencias nucleares profundas de abandono, defectuosidad, dependencia y desconfianza que se activan ante estímulos interpersonales ambiguos o percibidos como amenazantes, lo que los lleva a generar

respuestas emocionales y conductuales desproporcionadas, así como a mostrar una marcada rigidez cognitiva que perpetúa la alternancia entre idealización y devaluación.

Un modelo de gran influencia actual es **el Modelo de Mentalización** de Peter Fonagy y colaboradores (Fonagy et al., 2002; Bateman y Fonagy, 2004). Este enfoque sostiene que los pacientes con TLP tienen un déficit significativo en la capacidad de mentalizar, es decir, en la habilidad para comprender e interpretar correctamente los estados mentales propios y ajenos (pensamientos, emociones, intenciones y deseos). Dicho déficit, frecuentemente se origina por experiencias tempranas de apego inseguro o traumático, generando dificultades severas para regular las emociones, interpretar las intenciones de los demás y mantener una representación coherente de la propia identidad. Un aspecto central del modelo de mentalización es que, cuando esta capacidad falla, sobre todo en situaciones de estrés emocional o interpersonal, los pacientes con TLP recurren a lo que Fonagy denomina “modos prementales”. Estos modos son formas de pensar más primitivas y rígidas que dificultan entender los propios estados mentales y los de los demás. En el modo de equivalencia psíquica, los pensamientos se viven como si fueran realidades absolutas. En el modo teleológico, solo se cree en lo que se puede ver o tocar de forma concreta. En el modo pretendido, la persona se relaciona con los demás de manera superficial, “como si” estuviera representando un papel. Esta regresión a modos más primitivos explicaría síntomas típicos del trastorno, como la reactividad emocional extrema, las ideas paranoides bajo estrés y las relaciones intensas pero inestables y llenas de malentendidos.

Más recientemente, **el Modelo de Compasión** propuesto por Paul Gilbert (2009, 2010) dentro de la Terapia Focalizada en la Compasión (CFT) ha adquirido cierta relevancia. Gilbert argumenta que muchas personas con TLP presentan un desequilibrio en sus sistemas de regulación emocional: un hiperfuncionamiento del sistema de amenaza y una hipoactivación del sistema de afiliación y autocompasión. En resumen, es un estado de alta activación de angustia y baja capacidad de consuelo, lo que genera una desconexión emocional profunda y un sufrimiento constante. Esta falta de capacidad para tratarse a sí mismos con calidez y comprensión perpetúa ciclos de autocrítica feroz, desregulación emocional y sentimientos crónicos de vacío, ofreciendo un marco explicativo útil para intervenciones que buscan fomentar la autocompasión.

Paralelamente, **los Modelos Neurobiológicos** han cobrado fuerza en las últimas dos décadas, aportando evidencia sobre las alteraciones cerebrales asociadas al TLP (Ruocco y Carcone, 2016; Schulze et al., 2016). Estos modelos destacan disfunciones en circuitos clave implicados en la regulación emocional, el procesamiento de recompensas y el control inhibitorio. Estudios de neuroimagen han mostrado una hiperactividad en la amígdala y en otras estructuras del sistema límbico ante estímulos emocionales negativos, junto con una menor activación de la corteza prefrontal sobre todo en la corteza orbitofrontal y en la prefrontal ventromedial, lo que explicaría la intensa reactividad emocional, la dificultad para modular las respuestas afectivas y la impulsividad característica del trastorno. Además, se han observado alteraciones en el sistema serotoninérgico, en el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal y en la conectividad funcional entre regiones frontolímbicas, sugiriendo una base neurobiológica que explicaría la desregulación emocional y la vulnerabilidad al estrés (Minzenberg et al., 2007; Ruocco et al., 2013). Algunos autores proponen que estas alteraciones pudieran ser tanto de origen genético como consecuencia de experiencias adversas tempranas, reforzando la interacción entre factores biológicos y ambientales ya planteada por la Teoría Biosocial (Linehan, 1993).

Por último, los modelos dimensionales actuales, como los recogidos en la Sección III del DSM-5 y en la CIE-11, conciben el TLP como una alteración grave en el funcionamiento del self y en las relaciones interpersonales, con énfasis en la inestabilidad emocional, la impulsividad y las dificultades para mantener una identidad coherente. Estos enfoques destacan además el papel del trauma complejo y los estilos de apego desorganizado como factores etiológicos transversales que contribuyen a la fragilidad emocional y relacional.

En la actualidad, la comprensión del TLP tiende hacia una visión integradora que tiene en cuenta las relaciones entre vulnerabilidad neurobiológica, entorno invalidante o traumático, déficits en mentalización, rigidez cognitiva y falta de autocompasión, lo que ha tenido consecuencias directas en el desarrollo de los enfoques terapéuticos actuales aplicados al tratamiento del trastorno. En este contexto, las terapias de tercera generación, también denominadas terapias contextuales, han emergido como una respuesta prometedora, al abordar de manera específica los mecanismos psicopatológicos centrales del TLP, identificados por los distintos modelos explicativos (Leichsenring et al., 2024; Hayes et al., 2012; Linehan, 1993).

1.3. Características clínicas principales

Las manifestaciones clínicas del Trastorno Límite de la Personalidad pueden agruparse en cuatro dominios centrales que reflejan su complejidad e impacto multisistémico: inestabilidad interpersonal, inestabilidad de la autoimagen, desregulación afectiva y conductas impulsivas o desreguladas (American Psychiatric Association, 2022; Leichsenring et al., 2024).

En cuanto a la inestabilidad interpersonal, ésta se manifiesta en relaciones intensas, caóticas e inestables, caracterizadas por una alternancia extrema entre idealización y devaluación. Las personas con TLP suelen experimentar un miedo profundo al abandono real o imaginado, lo que genera esfuerzos desesperados por evitarlo, con conductas como llamadas frecuentes, comportamientos muy dependientes, celos intensos o amenazas suicidas ante separaciones percibidas (Leichsenring et al., 2024). Por otro lado, la inestabilidad en la autoimagen se expresa mediante un sentido del yo difuso, frágil o cambiante. Esto afecta a la percepción de los valores, metas vitales, preferencias sexuales o profesionales, y se acompaña frecuentemente de intensos sentimientos crónicos de vacío y aburrimiento (Kernberg, 1975).

El siguiente núcleo central del trastorno, la inestabilidad afectiva o desregulación emocional, se caracteriza por cambios emocionales rápidos e intensos (ira, ansiedad, disforia o irritabilidad) que suelen durar desde unas horas hasta pocos días, junto con una elevada hipersensibilidad al rechazo o la crítica percibida y dificultades para identificar, etiquetar y modular las emociones (Linehan, 1993). Estos cambios en el estado de ánimo suelen estar desencadenados por estímulos interpersonales, lo que en ocasiones dificulta tanto el diagnóstico diferencial como la intervención terapéutica (Leichsenring et al., 2024). Por último, la impulsividad y las conductas desreguladas incluyen conductas de riesgo en áreas potencialmente dañinas, tales como conductas sexuales de riesgo, gasto compulsivo, abuso de sustancias, autolesiones y explosiones de ira desproporcionada (American Psychiatric Association, 2022).

Además de estos cuatro dominios, con frecuencia aparecen síntomas disociativos o ideación paranoide transitoria bajo estrés. Todo ello genera un deterioro significativo y crónico en el funcionamiento psicosocial, laboral, académico y familiar, así como un reiterado uso de servicios de salud mental y urgencias (Leichsenring et al., 2024).

Aunque el curso natural del TLP es crónico cuando no se interviene, con un tratamiento psicoterapéutico adecuado un porcentaje importante de pacientes logra una remisión sintomática sustancial y una mejoría notable en su funcionamiento general, especialmente a partir de los 30-40 años (Paris, 2019; Leichsenring et al., 2024).

1.4. Diagnóstico actual del Trastorno Límite de la Personalidad

En el DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022), el Trastorno Límite de la Personalidad se clasifica en el Capítulo 18: Trastornos de la Personalidad, concretamente dentro del Grupo B (junto con los trastornos antisocial, histriónico y narcisista), con el código diagnóstico 301.83 (F60.3) y se define como:

Un patrón de inestabilidad afectiva, interpersonal, de la autoimagen y de impulsividad. Requiere al menos cinco de nueve criterios, entre los que destacan: miedo intenso al abandono, relaciones inestables, alteración de identidad, impulsividad, conductas suicidas o autolesivas, inestabilidad emocional, sentimientos de vacío, ira descontrolada e ideación paranoide o disociación transitoria (American Psychiatric Association, 2022).

El patrón debe ser estable, de larga duración y no explicable por otro trastorno mental, sustancia o condición médica. El diagnóstico suele realizarse en la adultez temprana, aunque los síntomas suelen manifestarse en la adolescencia.

Por otro lado, en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 2022), el Trastorno Límite de Personalidad se conceptualiza desde un enfoque dimensional, clasificándolo como un trastorno de personalidad de gravedad moderada o grave, destacando rasgos prominentes de afectividad negativa (inestabilidad emocional, ansiedad, ira), desinhibición (impulsividad) y dificultades en el funcionamiento interpersonal y del self. Para su evaluación se centra en el grado de deterioro funcional y en la identificación de los rasgos dominantes. Este enfoque dimensional aporta mayor flexibilidad y ayuda a reducir el estigma asociado a las etiquetas categoriales estrictas.

Ambos sistemas diagnósticos suponen dos aproximaciones complementarias. Esta combinación de perspectivas permite una visión más completa: el modelo categorial del DSM 5 facilita la comunicación clínica, la toma de decisiones diagnósticas claras y la elegibilidad para tratamientos, mientras que las aproximaciones dimensionales emergentes, presentes en la Sección III del DSM-5 y plenamente desarrolladas en la CIE-11, complementan esta visión al considerar la gravedad y los rasgos de personalidad como un continuo que va desde la normalidad hasta la patología grave.

1.5. Epidemiología

La prevalencia del Trastorno Límite de la Personalidad varía considerablemente según la población estudiada y el método de evaluación utilizado. En la población general adulta se sitúa en una media aproximada del 2,7%, aunque algunas revisiones globales llegan hasta el 5,9% (Grant et al., 2008; Leichsenring et al., 2024).

En entornos clínicos las cifras son mucho más elevadas: alrededor del 20% en pacientes hospitalizados psiquiátricos, entre el 11% y el 12% en consultas externas de salud mental y cerca del 6% en atención primaria (Leichsenring et al., 2024). En adolescentes la prevalencia oscila entre el 0,7% y el 2,7% (Guilé et al., 2018).

Los síntomas suelen aparecer en la adolescencia tardía o adultez temprana y tienden a mejorar con la edad, especialmente después de los 30-40 años, aunque el deterioro funcional puede persistir en muchos casos.

Respecto al género, en muestras clínicas el diagnóstico se realiza con mayor frecuencia en mujeres, siendo aproximadamente el 75% de los casos (Bozzatello et al., 2024), mientras que en población general la proporción es más equilibrada, cercana al 1:1 (Grant et al., 2008), y aunque algunos estudios sugieren una ligera mayor prevalencia en mujeres, existe un debate abierto sobre posibles sesgos diagnósticos, ya que los hombres con TLP suelen manifestar más conductas externalizantes (Sansone y Sansone, 2011). Estas conductas de abuso de sustancias o rasgos antisociales, pueden llevar a establecer diagnósticos de otros trastornos en los que este tipo de conductas son síntomas centrales.

La comorbilidad es muy elevada, llegando al 85-90% de los casos (Zanarini et al., 1998; Leichsenring et al., 2024), lo que complica tanto el diagnóstico diferencial como el pronóstico.

Destacan los trastornos del estado de ánimo como depresión mayor o distimia, trastornos de ansiedad y trastorno de estrés postraumático, abuso de sustancias, trastornos alimentarios, otros trastornos de la personalidad y, en menor medida, trastorno bipolar (Grant et al., 2008; Leichsenring et al., 2024).

En cuanto a la conducta suicida y las autolesiones, más del 70-75% de las personas con TLP presentan a lo largo de su vida conductas autolesivas o intentos de suicidio (Zanarini et al., 1998; Oldham, 2006). La tasa de mortalidad por suicidio se estima entre el 8% y el 10% (Oldham, 2006; Paris, 2019), siendo significativamente superior a la de otros trastornos de la personalidad. Además, la probabilidad de presentar conducta suicida es aproximadamente 40 veces mayor que en la población general (Aouidad et al., 2020; Leichsenring et al., 2024).

1.6. Terapias de Tercera Generación aplicadas al TLP

Las **terapias de tercera generación**, también conocidas como terapias contextuales o “tercera ola” de la terapia cognitivo-conductual, surgieron a finales de los años 80 y se consolidaron durante los 90 y principios de los 2000 (Hayes et al., 2012; Hayes y Hofmann., 2021). Estas aproximaciones surgieron como respuesta a las limitaciones de las terapias conductuales puras de primera generación y de la terapia cognitivo-conductual clásica de segunda generación, que ponían el foco principal en el control y la modificación directa de síntomas y cogniciones distorsionadas. En cambio, las terapias de tercera generación se centran en la aceptación de las experiencias internas tales como pensamientos, emociones y sensaciones, el contexto funcional de la conducta, el mindfulness, la flexibilidad psicológica y la orientación hacia valores personales (Hayes y Hofmann, 2021).

Esta evolución resulta especialmente relevante en trastornos de alta complejidad clínica y resistencia al tratamiento, como el TLP, donde las terapias tradicionales suelen resultar insuficientes para abordar la intensidad de su sintomatología (Leichsenring et al., 2024). La evidencia sugiere que el enfoque de las Terapias de Tercera Generación, en las que se combinan estrategias de aceptación con un cambio dialéctico y contextual, podría estar especialmente indicado para romper los ciclos de evitación, impulsividad y sufrimiento crónico que caracterizan al TLP, ofreciendo un abordaje más integral y efectivo que las aproximaciones

centradas exclusivamente en el control sintomático (Linehan, 1993; Hayes y Hofmann, 2021; Leichsenring et al., 2024).

Entre las principales terapias de tercera generación aplicadas al TLP destacan la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) (Linehan, 1991), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) (Hayes et al., 2012), la Terapia de Esquemas (Schema Therapy – ST) (Young et al., 2003) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) (Gilbert, 2009)

A continuación, se describe con mayor detalle cada una de estas intervenciones, fundamentos teóricos, protocolos característicos y evidencia de eficacia en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad.

1.6.1. Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)

La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), desarrollada por Marsha Linehan a lo largo de la década de los años ochenta y cuyo protocolo fue formalizado y publicado en 1993, constituye uno de los principales avances en el abordaje del TLP y en la aplicación de las terapias de tercera generación en el TLP. Linehan creó esta terapia impulsada tanto por su propia experiencia vital como por la escasa eficacia de la terapia cognitivo-conductual estándar en pacientes con alto riesgo suicida y diagnóstico de TLP. Se basó en su Teoría Biosocial (Linehan, 1993) para explicar cómo surge la desregulación emocional a partir de la combinación entre una vulnerabilidad emocional de posible origen biológico y un entorno emocionalmente invalidante. Para el desarrollo de la terapia integró principios conductuales clásicos con estrategias de aceptación y mindfulness inspiradas en la filosofía zen (Robins, C. J., 2002).

El primer ensayo controlado aleatorizado de DBT, publicado en 1991, dos años antes de la publicación de su manual oficial, demostró su superioridad frente al tratamiento habitual en la reducción de conductas autolíticas, autolesiones, hospitalizaciones y abandono terapéutico en mujeres con TLP (Linehan, 1991), lo que contribuyó a consolidar la DBT como una de las intervenciones con mayor respaldo empírico. Desde entonces, la DBT ha acumulado una evidencia considerable, posicionándose como uno de los tratamientos con mayor respaldo empírico para el manejo de conductas de alto riesgo en este trastorno y convirtiéndose en la

opción de primera elección en muchos contextos clínicos (NICE, 2018; Leichsenring et al., 2024).

El protocolo estándar de DBT busca el equilibrio entre la aceptación y el cambio, con el objetivo principal de ayudar al paciente a construir “una vida que vale la pena vivir”, reducir las conductas de alto riesgo y aumentar las habilidades relacionales. Su formato ambulatorio completo dura 12 meses e incluye cuatro módulos que funcionan simultáneamente: terapia individual semanal (centrada en motivación, análisis funcional y solución de problemas, priorizando conductas de riesgo vital), entrenamiento en habilidades grupal (psicoeducativo, de 24-52 semanas), acompañamiento telefónico para crisis y un equipo de consulta semanal para los terapeutas, que previene el burnout y mantiene la adherencia al modelo por parte de estos profesionales (Linehan, 2015).

El tratamiento consta de varias etapas: la primera se centra en estabilizar y reducir conductas de riesgo; la segunda en procesar trauma y emociones dolorosas; la tercera en construir autoestima y funcionamiento adaptativo en el contexto cotidiano del paciente; y una cuarta opcional orientada al sentido de la vida y la trascendencia.

Asimismo, se organiza en torno a cuatro módulos centrales de habilidades, que constituyen uno de los componentes esenciales del tratamiento y se trabajan de forma sistemática tanto en el entrenamiento grupal como en las sesiones individuales. Estos módulos son: Mindfulness, que funciona como eje transversal y enseña a observar, describir y participar en la experiencia del momento presente de manera no juzgante. El siguiente módulo es tolerancia al malestar, cuyo objetivo es ayudar al paciente a soportar crisis emocionales intensas sin recurrir a conductas impulsivas o autolesivas, incorporando técnicas de aceptación radical y estrategias de crisis, seguido del módulo regulación emocional, dirigido a mejorar la identificación, etiquetado y modulación de emociones intensas y volátiles y por último, eficacia interpersonal, que busca desarrollar habilidades de comunicación asertiva, manejo de conflictos y mantenimiento de relaciones saludables manteniendo el autorrespeto.

A través de estos módulos, la DBT proporciona herramientas concretas para manejar la desregulación emocional característica del TLP, promoviendo una mayor flexibilidad psicológica y la construcción de una vida significativa, pudiendo integrar de forma dialéctica las estrategias de aceptación y cambio (Linehan, 2015)

En los últimos años se han desarrollado adaptaciones breves (6-12 semanas), formatos online, versiones para trauma comórbido y actualizaciones en el manual de habilidades de Linehan (edición revisada 2025) con un lenguaje más inclusivo y adaptable culturalmente. Así mismo, durante la primera década del siglo XXI, la aplicación de la DBT se extendió rápidamente a nivel internacional adaptando distintas versiones para diferentes contextos, tales como, por ejemplo, hospitalización parcial, adolescentes, trastornos comórbidos como abuso de sustancias o trastornos alimentarios, también se abrevió la duración de los protocolos (de 12 a 6 meses) sin perder eficacia en los resultados.

La evidencia acumulada sugiere que la DBT estándar produce efectos moderados a grandes frente al tratamiento habitual en la reducción de autolesiones, intentos suicidas, hospitalizaciones y síntomas depresivos, y sigue siendo el tratamiento más estudiado y recomendado en guías clínicas internacionales (Linehan et al., 2015; Leichsenring et al., 2024; NICE, 2018). No obstante, conviene señalar algunas limitaciones metodológicas relevantes: buena parte de los ensayos disponibles presentan muestras predominantemente femeninas, lo que limita la generalización de los resultados, por otro lado, los seguimientos a largo plazo son escasos y la elevada intensidad del protocolo estándar puede dificultar su implementación en contextos con recursos limitados (Leichsenring et al., 2024; Hernández-Bustamante et al., 2024). Estas limitaciones parecen indicar la necesidad de continuar investigando su eficacia comparada y subpoblaciones menos representadas.

1.6.2. Terapia de Esquemas (Schema Therapy – ST)

La Terapia de Esquemas (ST), fue desarrollada por Jeffrey Young (2003), impulsado por las limitaciones que parecía presentar la terapia cognitivo-conductual tradicional para abordar patrones profundos y crónicos de pacientes con trastornos de personalidad, especialmente aquellos con alta inestabilidad emocional y relacional. Esta terapia se basa en la teoría de los esquemas desadaptativos tempranos, que surgen de la interacción entre experiencias adversas en la infancia y necesidades emocionales básicas no satisfechas (Young et al., 2003).

El concepto central de la Terapia de Esquemas es el de modos de esquema, definidos como estados emocionales, cognitivos, conductuales y fisiológicos momentáneos que reflejan la activación de uno o varios esquemas desadaptativos tempranos (Young et al., 2003), dichos

esquemas se clasifican en 5 grandes grupos o dominios: Desconexión y rechazo, Autonomía y desempeños deteriorados, Límites inadecuados, Orientación a los demás y Sobreexigencia y normas inquisitivas.

En pacientes con TLP, estos modos se activan de forma intensa y fluctuante, explicando la inestabilidad emocional y relacional característica del trastorno. Los modos más frecuentes en el TLP son: el Niño Vulnerable (estado de desamparo, abandono y vacío emocional intenso), el Niño Enfadado/Impulsivo (ira explosiva, conductas autolesivas y/o impulsivas como respuesta al dolor emocional), el Padre Punitivo (autocrítica feroz, vergüenza y autodesprecio internalizados) y el Protector Desapegado (evitación emocional, disociación o aislamiento como estrategia de supervivencia). Frente a estos modos disfuncionales, la ST trabaja activamente el desarrollo del Modo Adulto Sano, que representa la capacidad de autorregulación, autocompasión y toma de decisiones adaptativas.

El proceso terapéutico consiste en identificar, etiquetar y modificar estos modos mediante técnicas experienciales, cognitivas y conductuales. Entre las técnicas experienciales destacan la reescritura de imágenes, la técnica de la silla vacía y la reparentalización limitada. Esta última consiste en que el terapeuta ofrece, dentro de la relación terapéutica y con límites éticos claros, la respuesta emocional que el entorno original no proporcionó: calidez, validación, constancia y límites empáticos, actuando como figura parental sana frente a los distintos modos del paciente. El proceso consta de varias fases: la primera fase centrada en la alianza terapéutica y el establecimiento de la reparentalización limitada; la segunda en la identificación y modificación de esquemas y modos y una última fase consistente en la consolidación del modo adulto sano y la prevención de recaídas (Young et al., 2003; Arntz y Jacob, 2013).

De este modo, la ST tiene como objetivo reducir la activación de los modos patológicos y fortalecer el Modo Adulto Sano, permitiendo al paciente integrar sus partes fragmentadas del self y responder de forma más flexible y adaptativa ante situaciones estresantes (Young et al., 2003; Arntz y Jacob, 2013; Arntz et al., 2015)

El primer ensayo controlado aleatorizado de ST, publicado en 2006, demostró su superioridad frente a la psicoterapia focalizada en la transferencia en la reducción de la severidad del TLP,

mejora de la calidad de vida y menor tasa de abandono terapéutico (Giesen-Bloo et al., 2006), siendo uno de los primeros tratamientos estructurados y manualizados específicamente orientados a los trastornos de personalidad graves. Desde entonces, la ST parece que se ha ido consolidando como un tratamiento altamente eficaz y comparable a la DBT, constituyendo una de las opciones preferentes en algunos contextos clínicos (Farrell et al., 2009).

El protocolo estándar de ST busca la modificación profunda de los esquemas desadaptativos y la integración de modos disfuncionales, con el objetivo principal de ayudar al paciente a satisfacer sus necesidades emocionales básicas y construir un patrón de funcionamiento más saludable y estable. Su formato habitual combina terapia individual y grupal, con una duración recomendada de 1 a 3 años, e incluye técnicas experienciales, trabajo cognitivo, conductual y la estrategia central de “reparentalización limitada”, mencionados anteriormente

A través de este enfoque, la ST proporciona herramientas para modificar patrones cognitivos y emocionales profundos, promoviendo una mayor integración del self y una mejora significativa en las relaciones interpersonales, mediante estrategias de aceptación, cambio y trabajo experiencial (Young et al., 2003).

En los últimos años se han desarrollado adaptaciones grupales (Group Schema Therapy), formatos breves, versiones para trastornos específicos y aplicaciones online. Respecto a la evidencia disponible, ésta indica que la ST produce efectos de moderados a grandes en la reducción de la severidad del TLP, autolesiones, problemas interpersonales y mejora del funcionamiento general, posicionándose como uno de los tratamientos con mayor respaldo empírico en los trastornos de personalidad (Cristea et al., 2017). Sin embargo, su elevada duración y la formación especializada que requieren los terapeutas constituyen limitaciones prácticas importantes.

1.6.3. Terapia Centrada en la Compasión (CFT)

La **Terapia Centrada en la Compasión (CFT)** (Gilbert, 2010) representa una de las aportaciones más relevantes de las terapias de tercera generación para el abordaje de las dificultades emocionales profundas en el Trastorno Límite de la Personalidad. Gilbert desarrolla esta

terapia al observar ciertas limitaciones en los enfoques cognitivos tradicionales para tratar la autocrítica intensa, la vergüenza crónica y el autodesprecio que caracterizan a muchos pacientes con TLP. Se basa en la psicología evolutiva y en la teoría de los sistemas de regulación emocional, postulando que las personas con TLP presentan un hiperfuncionamiento del sistema de amenaza y una hipoactivación del sistema de afiliación y autocompasión (Gilbert, 2010).

Siguiendo el modelo de los tres sistemas de regulación emocional de la CFT, en el TLP se encuentran hiperactivados el sistema de amenaza lo que genera miedo, ira y vergüenza y el sistema de impulso/recompensa, por otro lado, el sistema de afiliación y calma, responsable de la autocompasión y la sensación de seguridad está hipoactivado. El desequilibrio entre estos sistemas perpetúa ciclos de autocrítica feroz y evitación experiencial, en personas con TLP. El objetivo terapéutico principal es activar y fortalecer el sistema de afiliación mediante el desarrollo deliberado de la compasión, permitiendo al paciente desarrollar un “adulto compasivo” que pueda calmar el sistema de amenaza y responder a su propio sufrimiento con amabilidad y comprensión (Gilbert, 2010; Lucre & Corten, 2013).

Desde el punto de vista del trabajo con el self, la CFT presta especial atención al desarrollo de la identidad compasiva como proceso terapéutico activo. A través de ejercicios de visualización del “yo compasivo”, el paciente entrena progresivamente la capacidad de acceder a un estado mental caracterizado por la calidez, la fortaleza y la sabiduría, contrarrestando así la dominancia del sistema de amenaza que subyace a la inestabilidad emocional e identitaria del TLP (Gilbert, 2010; Neff & Germer, 2013). Este trabajo con el self resulta especialmente pertinente en pacientes con TLP, dado que la perturbación identitaria y la autocrítica severa constituyen síntomas nucleares del trastorno.

El protocolo estándar de CFT tiene como objetivo principal ayudar al paciente a regular la amenaza interna y construir una relación menos hostil consigo mismo. Se busca el equilibrio de los sistemas de regulación emocional, mediante el desarrollo activo de la compasión hacia uno mismo y hacia los demás. Su formato habitual incluye terapia individual o grupal, con una duración variable entre 12 y 20 sesiones, e incorpora prácticas de mindfulness compasivo, ejercicios de visualización compasiva, cartas compasivas y técnicas de reescritura de recuerdos dolorosos. La CFT también ha sido adaptada en formato grupal para el TLP, lo que

facilita que los pacientes practiquen la compasión en un contexto interpersonal, abordando así la desregulación relacional que constituye también una característica relevante en el TLP (Lucre y Corten, 2013).

Los primeros estudios piloto y ensayos controlados de CFT en trastornos de personalidad, publicados a partir de 2013, mostraron resultados prometedores en la reducción significativa de autocrítica, vergüenza y síntomas depresivos, así como en la mejora de la capacidad de autorregulación emocional, siendo uno de los primeros tratamientos que se centran específicamente en el desarrollo de la compasión como mecanismo terapéutico (Lucre y Corten, 2013). Desde entonces, la CFT se ha ido consolidado como un enfoque complementario y altamente prometedor, especialmente útil en pacientes con TLP que presentan altos niveles de autodesprecio y dificultad para tratarse con amabilidad (Millard et al., 2023) y se utiliza cada vez más de forma complementaria con DBT, ACT y ST, permitiendo una intervención más personalizada según el perfil clínico predominante de cada paciente.

No obstante, la base de evidencia para CFT aplicada específicamente al TLP es aún más limitada que la de DBT o ST. Los ensayos disponibles son en su mayoría pilotos con muestras pequeñas, y faltan ensayos controlados aleatorizados de mayor escala y con seguimientos a largo plazo. Esta brecha en la evidencia constituye precisamente una de las razones que justifican la necesidad de seguir investigando el papel de la CFT en el tratamiento del TLP, tanto de forma independiente como en combinación con otras intervenciones.

1.6.4. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT), desarrollada por Steven C. Hayes a partir de la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes et al., 2001), adopta un enfoque transdiagnóstico centrado en aumentar la flexibilidad cognitiva mediante seis procesos centrales: aceptación, defusión cognitiva, yo como contexto, contacto con el momento presente, valores y acción comprometida. Aunque ACT no fue diseñada específicamente para el TLP, su énfasis en la aceptación de emociones dolorosas y en la reducción de la evitación experiencial, muy presente en este trastorno, la convirtió en una alternativa prometedora desde finales de los 90 y principios de los 2000.

La ACT comenzó a aplicarse de forma sistemática al TLP a partir de los años 2000-2010. Estudios piloto y abiertos mostraron mejoras en la regulación emocional, reducción de la evitación experiencial y aumento de la flexibilidad cognitiva (Morton et al., 2012). Su carácter transdiagnóstico facilitó su uso en pacientes con TLP y con alta comorbilidad de trastornos ansioso-depresivos o trauma.

En pacientes con TLP, la ACT se centra en disminuir la evitación experiencial y los intentos de suprimir o escapar de emociones, pensamientos o sensaciones dolorosas, que terminan generando más sufrimiento. Además de aceptar emociones intensas sin actuar impulsivamente, junto con clarificar valores personales y comprometerse con acciones alineadas con ellos a pesar del malestar, mejorando así la regulación emocional, la autoimagen y las relaciones interpersonales.

No busca eliminar síntomas, sino cambiar la relación con ellos, lo que podría resultar especialmente útil para el vacío crónico, la vergüenza percibida y la alta rigidez psicológica (Hayes et al., 2012; Morton et al., 2012)

La ACT no dispone de un protocolo único y altamente estructurado, lo que le confiere una mayor flexibilidad para adaptarse a distintos formatos, ya sean individual o grupal y a duraciones variables. No obstante, se han desarrollado adaptaciones específicas para el TLP, entre las que destaca el modelo propuesto por Patricia E. Zurita Ona (2020), que organiza la intervención en fases progresivas orientadas a aumentar la flexibilidad psicológica.

En el trabajo con pacientes con TLP, esta terapia se centra en los seis procesos nucleares del modelo: aceptación de las emociones intensas, defusión cognitiva, contacto con el momento presente, construcción de un sentido estable del yo (yo como contexto), clarificación de valores personales y acción comprometida. A través de metáforas, ejercicios experienciales y tareas para casa, la terapia ayuda a reducir la evitación experiencial y a moverse hacia una vida significativa, incluso en presencia de malestar emocional intenso (Morton et al., 2012).

Esta flexibilidad y su enfoque transdiagnóstico hacen de la ACT una opción especialmente útil en casos de TLP con alta comorbilidad o cuando se busca un abordaje más centrado en valores y aceptación que en el control directo de los síntomas. (Morgan & Aljabari, 2019)

Sin embargo, la evidencia específica sobre ACT en el TLP es aún más incipiente que la existente para DBT, ST y CFT. Esta limitación parece justificar la necesidad de desarrollar ensayos

controlados de mayor rigor metodológico que permitan establecer con mayor precisión el papel de la ACT en el tratamiento del TLP.

1.6.5. Situación actual

En la actualidad, las terapias de tercera generación han transformado de manera significativa el panorama terapéutico del Trastorno Límite de la Personalidad, pasando de ser considerado un trastorno de difícil abordaje y pronóstico reservado a disponer de intervenciones estructuradas, manualizadas y con sólido respaldo empírico. La Terapia Dialéctico-Conductual (DBT) sigue constituyendo el tratamiento con mayor evidencia acumulada, especialmente en la reducción de conductas autolesivas, intentos suicidas y hospitalizaciones, y continúa siendo recomendada como tratamiento de primera elección en la mayoría de las guías clínicas internacionales para pacientes con alto riesgo suicida (Linehan et al., 2015; Leichsenring et al., 2024).

Por otra parte, La Terapia de Esquemas (ST) ha demostrado una eficacia comparable a la DBT en la reducción de la severidad global del TLP y en la mejora del funcionamiento interpersonal a largo plazo, mostrando ventajas particularmente en el cambio de patrones relacionales profundos y en formatos grupales (Farrell et al., 2009) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) se ha consolidado como una alternativa flexible y transdiagnóstica, especialmente eficaz en la reducción de la evitación experiencial, la rigidez psicológica y los síntomas comórbidos de ansiedad y depresión (Hayes et al., 2012). Finalmente, la Terapia Centrada en la Compasión (CFT) ha emergido como un enfoque especialmente prometedor para pacientes con elevada autocrítica, vergüenza crónica y autodesprecio, complementando eficazmente a las otras terapias (Gilbert, 2010).

Cada vez es más frecuente el desarrollo de protocolos integrativos que combinan las habilidades estructuradas de la DBT, los procesos de flexibilidad psicológica de la ACT, el trabajo con esquemas y modos de la ST y las prácticas de autocompasión de la CFT. Esta aproximación permite una intervención más personalizada según el perfil clínico predominante de cada paciente: DBT para la estabilización de riesgo vital y conductas

impulsivas, ST para patrones relacionales crónicos, ACT para evitación experiencial y rigidez, y CFT para vergüenza y autocrítica intensa (Leichsenring et al., 2024).

Los estudios recientes, indican que no existe una terapia claramente superior a las demás, sino que todas producen efectos moderados a grandes frente al tratamiento habitual y que su eficacia se mantiene en seguimientos a medio y largo plazo (Crotty et al., 2024; Setkowski et al., 2023). Esta diversificación representa un avance sustancial en el campo y abre la puerta a una práctica clínica más precisa y adaptada a las necesidades individuales de las personas con TLP.

En conclusión, la aplicación de las terapias de tercera generación al TLP ha evolucionado desde el desarrollo pionero y específico de la DBT en los años 90, hacia una diversificación e integración de los enfoques contextuales (Hayes y Hofmann, 2021; Linehan, 2015). Esto refleja un avance hacia tratamientos más integradores y centrados en la persona, aunque sigue siendo necesario generar evidencia comparativa directa de mayor calidad para hacer más eficiente la elección terapéutica (Hernández-Bustamante et al., 2024).

2. Justificación

Se puede considerar al TLP como uno de los trastornos mentales más graves y complejos debido a la intensidad de los síntomas, alguno de ellos como la impulsividad y la alta desregulación emocional, impactan de manera significativa en la vida de quienes lo padecen y en su entorno, suponiendo, además, un riesgo vital crítico con una tasa de mortalidad muy elevada. Todas estas condiciones conllevan un importante uso de los recursos sanitarios y con una alta tasa de comorbilidad con otros trastornos (Leichsenring et al., 2024), siendo, además, un trastorno especialmente común en el ámbito psiquiátrico (Zanarini et al., 2004).

En la última década ha aumentado el interés por las comparaciones directas y las integraciones entre estas terapias de tercera generación. Aunque la DBT continúa siendo el tratamiento con mayor número de ensayos clínicos aleatorizados y la recomendación de primera línea en guías internacionales como la del National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2018) para pacientes con alto riesgo suicida, revisiones sistemáticas recientes (Crotty et al., 2024; Neri et al., 2024; Hernández-Bustamante et al., 2024) indican que la ST, ACT y CFT también producen mejoras significativas frente al tratamiento habitual, en concreto, muestra evidencia sólida de efectividad la ST, especialmente en funcionamiento interpersonal y reducción de la severidad global del trastorno. La evidencia sobre ACT y CFT es limitada, al contar con pocos estudios que evalúen estas terapias de forma específica en población con TLP (Crotty et al., 2024)

Por lo anteriormente expuesto, parece que persiste una brecha importante en la literatura científica, con limitaciones relevantes que conviene señalar:

- Escasez de ensayos de comparación directa de calidad y con seguimiento a largo plazo (>2 años) entre las cuatro terapias analizadas, especialmente entre ACT y CFT frente a DBT y ST, que cuentan con mayor tradición investigadora. (Hernández-Bustamante et al., 2024).
- Heterogeneidad en los protocolos de intervención, en la duración de los tratamientos y en las medidas de resultado empleadas, lo que dificulta la comparación sistemática entre DBT, ST, ACT y CFT. (Leichsenring et al., 2024).
- Predominio de muestras femeninas y de contextos occidentales en los ensayos disponibles. (Bozzatello et al., 2024; Cha et al., 2024).

- Desigualdad en el volumen de evidencia disponible: mientras la DBT y la ST cuentan con un sólido cuerpo de ensayos controlados aleatorizados, la ACT y la CFT disponen aún de un número limitado de estudios con muestras amplias y seguimientos prolongados (Leichsenring et al., 2024; Millard et al., 2023; Morton et al., 2012).

Esta ausencia de evidencia comparativa directa entre las cuatro terapias de tercera generación dificulta la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, la identificación de los perfiles de paciente que responden mejor a cada intervención y el desarrollo de enfoques integrativos que combinen sus mecanismos de cambio específicos.

Por tanto, el presente Trabajo de Fin de Máster, centrado en la eficacia de las terapias de tercera generación en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad en adultos, se justifica por las siguientes razones:

- Relevancia clínica: Sintetiza la evidencia disponible sobre cuatro tratamientos contextuales (DBT, ST, ACT y CFT) que comparten raíces comunes en mindfulness, aceptación y cambio contextual.
- Novedad: No existen revisiones sistemáticas recientes centradas específicamente en el análisis de la eficacia de estas Terapias de Tercera Generación (DBT, ST, ACT y CFT) para TLP en población adulta.
- Aportación práctica: Los resultados podrán orientar a los distintos profesionales de la salud mental en la elección terapéutica para este tipo de trastorno, teniendo en cuenta las diferencias individuales, promover futuros enfoques integradores y contribuir a reducir la carga sociosanitaria asociada al TLP.

En definitiva, este TFM aborda una cuestión de gran actualidad en la psicoterapia basada en evidencia y ofrece una síntesis crítica que puede servir de base para futuras investigaciones y para mejorar la práctica clínica en el abordaje del Trastorno Límite de la Personalidad.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

El objetivo general del presente Trabajo Fin de Máster es realizar una revisión sistemática de la literatura científica, siguiendo las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021), con el fin de analizar la eficacia de las terapias de tercera generación (DBT, ST, ACT y CFT) en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad en población adulta, así como examinar las conclusiones que pueden extraerse de la comparación entre estas intervenciones a partir de la evidencia disponible, principalmente mediante análisis indirectos y, cuando sea posible, mediante estudios comparativos directos.

3.2. Objetivos secundarios

1. Identificar y sintetizar la evidencia científica disponible sobre la eficacia de DBT, ST, ACT y CFT, en el tratamiento de los síntomas nucleares del Trastorno Límite de la Personalidad en personas adultas.
2. Analizar los efectos de cada intervención de forma independiente, considerando variables como la reducción de la sintomatología nuclear del trastorno límite de la personalidad, las conductas autolesivas y suicidas y otros indicadores relevantes, tales como síntomas comórbidos y funcionamiento psicosocial.
3. Identificar las principales limitaciones presentes en la literatura existente, incluyendo la escasez de ensayos comparativos directos, la heterogeneidad de protocolos y la falta de seguimientos a largo plazo.
4. Explorar posibles implicaciones clínicas y la adecuación diferencial de las cuatro terapias en función del perfil clínico del paciente
5. Proponer recomendaciones y líneas de investigación futuras que permitan fomentar posibles enfoques integradores.

4. Pregunta de investigación

Con el fin de delimitar de forma precisa la presente revisión sistemática y estructurar la búsqueda bibliográfica de acuerdo con los objetivos planteados, se formuló la pregunta de investigación siguiendo el modelo PICO (Schardt et al., 2007) (Population, Intervention, Comparison, Outcome).

- **P (Population / Población):** Adultos (≥ 18 años) con diagnóstico principal o comórbido de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP), independientemente de la gravedad o de la presencia de comorbilidades frecuentes.
- **I (Intervention / Intervención):** Terapias de tercera generación (DBT, ACT, ST, CFT) en cualquiera de sus formatos (estándar, breve, online o grupal).
- **C (Comparison / Comparación):** Tratamiento habitual, lista de espera u otras intervenciones.
- **O (Outcome / Resultados):** Reducción de la sintomatología nuclear del TLP, mejora del funcionamiento psicosocial general y síntomas comórbidos (depresión y ansiedad).

Esta investigación plantea la siguiente cuestión:

En adultos diagnosticados de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) ¿cuál es la eficacia de las terapias de tercera generación en la reducción de la sintomatología del TLP y en la mejora del funcionamiento psicosocial y qué conclusiones pueden extraerse de su comparación?

5. Metodología

La presente revisión sistemática se ha realizado siguiendo las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021) con el fin de garantizar la transparencia, exhaustividad y reproducibilidad del proceso.

5.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en las siguientes bases de datos PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus y Web of Science. La estrategia combinó términos sobre el diagnóstico (Trastorno Límite de la Personalidad / Borderline Personality Disorder / TLP / BPD), las intervenciones (terapias de tercera generación, DBT, Dialectical Behavior Therapy, ACT, Acceptance and Commitment Therapy, Schema Therapy, ST, Compassion Focused Therapy, CFT) y el diseño del estudio (randomized controlled trial, controlled clinical trial, non-randomized, quasi-experimental).

En todas las estrategias de búsqueda se utilizaron los siguientes operadores booleanos: AND, OR y NOT, adaptando las ecuaciones de búsqueda a las características específicas de cada base de datos. Además, se aplicaron filtros por fecha de publicación (2020-2026), idioma (inglés y español) y población adulta.

Algunas de las ecuaciones utilizadas en PubMed/MEDLINE, PsycINFO, Scopus y Web of Science fueron:

Base de datos PubMed/MEDLINE:

("Borderline Personality Disorder" OR "BPD" OR "Trastorno Límite de la Personalidad")
AND

("Dialectical Behavior Therapy" OR "DBT" OR "Acceptance and Commitment Therapy" OR "ACT" OR "Schema Therapy" OR "ST" OR "Compassion Focused Therapy" OR "CFT")
AND

("randomized controlled trial" OR "controlled clinical trial" OR "quasi-experimental")

Base de datos Scopus:

("borderline personality disorder" OR BPD OR TLP OR "trastorno límite de la personalidad")

AND

(DBT OR "dialectical behavior therapy" OR ACT OR "acceptance and commitment therapy" OR ST OR "schema therapy" OR "compassion focused therapy" OR CFT OR "third wave" OR "third generation" OR "terapias de tercera generación" OR "contextual therapies"))

AND

(randomi*ed OR RCT OR "controlled trial" OR "clinical trial" OR "non-randomized" OR "quasi-experimental")

AND PUBYEAR > 2019

AND (LIMIT-TO (LANGUAGE,"English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE,"Spanish"))

La búsqueda se complementó con la revisión manual de referencias bibliográficas de los artículos incluidos y de revisiones sistemáticas recientes relacionadas con el tema. La búsqueda se realizó en mayo de 2026.

Para la extracción de datos se recogieron variables relacionadas con las características de la muestra, tipo de intervención, comparadores empleados, duración del tratamiento, medidas de resultado y principales hallazgos de cada estudio. Durante el análisis de los estudios incluidos se consideraron posibles limitaciones metodológicas relacionadas con el diseño de los ensayos, el tamaño muestral y la heterogeneidad de los protocolos de intervención.

5.2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de elegibilidad se definieron siguiendo el marco PICO (Schardt et al., 2007) y las recomendaciones PRISMA 2020, con el objetivo de garantizar la relevancia y la calidad metodológica de los estudios incluidos.

Criterios de inclusión

- Adultos (≥ 18 años) con diagnóstico principal o comórbido de Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) según criterios del DSM-5-TR o CIE-11.
- Terapias de tercera generación, específicamente Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), Terapia de Esquemas (ST), Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) o Terapia Centrada en la Compasión (CFT), aplicadas en cualquier formato (individual, grupal, breve, online o presencial).
- Estudios que incluyeran como grupo comparador tratamiento habitual (TAU), lista de espera, tratamiento farmacológico solo o cualquier otra psicoterapia.
- Medidas de síntomas nucleares del TLP (autolesiones, conducta suicida, desregulación emocional, inestabilidad interpersonal), funcionamiento psicosocial, calidad de vida o síntomas comórbidos (depresión y ansiedad).
- Ensayos clínicos aleatorizados (ECA) y ensayos clínicos no aleatorizados controlados con al menos 10 participantes por grupo de intervención, siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane (Higgins et al., 2023).
- Estudios publicados entre 2020 y 2026, en inglés o español.

Criterios de exclusión

- Estudios con población menor de 18 años o sin diagnóstico claro de TLP.
- Intervenciones que no correspondieran claramente a DBT, ST, ACT o CFT, ni a protocolos explícitamente basados en estas terapias.
- Estudios con tamaño muestral inferior a 10 participantes por brazo, siguiendo las recomendaciones del Manual Cochrane (Higgins et al., 2023).
- Revisiones sistemáticas, metaanálisis, protocolos de estudio sin resultados, estudios cualitativos o informes de caso único.
- Estudios publicados antes de 2020.
- Artículos sin acceso al texto completo o sin datos cuantitativos suficientes.
- Estudios duplicados.

6. Resultados

La presente revisión sistemática tiene como objetivo sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia de las terapias de tercera generación —concretamente la Terapia Dialéctico-Conductual (DBT), la Terapia de Esquemas (ST), la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) y la Terapia Centrada en la Compasión (CFT)— en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) en población adulta. A continuación, se presenta el proceso de selección de estudios mediante un diagrama de flujo conforme a las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021), seguido de una síntesis descriptiva de los estudios incluidos organizados en torno a los objetivos de la revisión (Tablas 1).

6.1. Diagrama de flujo

El proceso de identificación, cribado y selección de estudios se realizó siguiendo las directrices PRISMA 2020 (Figura 1)

La búsqueda sistemática en las bases de datos PubMed/MEDLINE ($n = 172$), PsycINFO ($n = 147$), Scopus ($n = 131$) y Web of Science ($n = 88$) arrojó un total de 538 registros. Tras la eliminación de 72 duplicados, quedaron 466 registros únicos para la fase de cribado por título y resumen. De estos, 407 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión (población inferior a 18 años, ausencia de diagnóstico formal de TLP, intervenciones no encuadrables en las terapias de tercera generación seleccionadas, diseños de estudio no elegibles o fechas de publicación anterior a 2020), quedando 59 registros que pasaron a la evaluación de texto completo. De estos 59, un total de 53 fueron excluidos por los siguientes motivos: ausencia de grupo control ($n = 18$), tamaño muestral insuficiente ($n = 12$), intervención no elegible ($n = 11$), subanálisis de datos ya incluidos ($n = 7$) y ausencia de datos cuantitativos suficientes ($n = 3$) y texto no accesible ($n = 2$). Finalmente, un total de 6 estudios fueron incluidos en la revisión sistemática

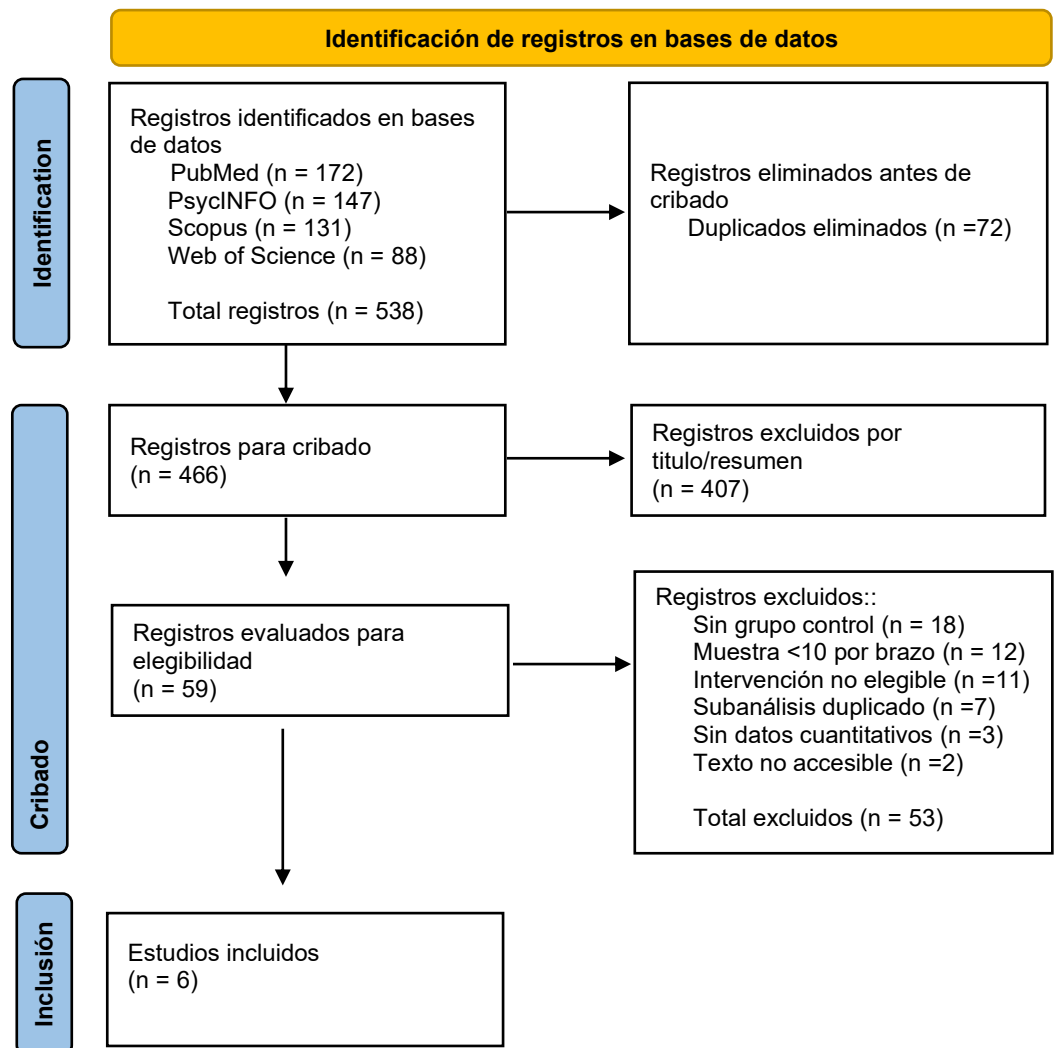


Figura 1. Diagrama de flujo del proceso de selección de estudios (PRISMA 2020)

Nota. Elaboración propia siguiendo las directrices PRISMA 2020 (Page et al., 2021)

6.2. Síntesis descriptiva de estudios

Los 6 estudios incluidos abarcan un total aproximado de 1.162 participantes adultos con diagnóstico de TLP y fueron publicados entre 2020 y 2026, dentro del período de búsqueda establecido (2020–2026). En cuanto al diseño metodológico, tres son ensayos clínicos aleatorizados (ECA), uno es un análisis secundario de ECA, otro es un estudio comparativo y el último es un ensayo no aleatorizado controlado. Las intervenciones evaluadas son: DBT estándar o en formato breve (n = 4 estudios, incluyendo combinaciones), Terapia de Esquemas en formato individual o grupal (n = 2), ACT (n = 1) y CFT (n = 1). Dos estudios evaluaron intervenciones combinadas (ACT + DBT + FAP y CFT + DBT skills). Los comparadores más frecuentes son el tratamiento habitual (TAU) y la comparación directa entre terapias activas. La duración de los tratamientos oscila entre 8 semanas y 2 años, y los períodos de seguimiento varían entre 6 semanas y 3 años. Las características de los estudios y sus resultados primarios y secundarios se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Características de los estudios incluidos en la revisión sistemática

Autor(es) y año	Diseño del estudio	Muestra (N)	Intervención	Comparador	Duración	Seguimiento	Principales resultados	Principales resultados secundarios
Reyes-Ortega et al. (2020)	Estudio comparativo	65	ACT DBT ACT + DBT + FAP	Entre los 3 grupos	16 semanas	Ninguno	Severidad del TLP y desregulación emocional. Mejora significativa en los 3 grupos sin diferencias entre ellos	Reducción de evitación experiencial y mejora en habilidades en mindfulness en los 3 grupos
Arntz et al. (2022)	ECA multicéntrico	494	IG-ST y PG-ST	TAU	2 años	3 años	Severidad del TLP. IG-ST superior a TAU y PG-ST	Mayor retención en IG-ST
Casellas-Pujol et al. (2024)	ECA	60	CFT + DBT skills	DBT skills	12 semanas	3 meses	Mejora en Bienestar subjetivo y síntomas depresivos.	Reducción significativa de síntomas depresivos. Severidad en TLP sin diferencias significativas.
Kujovic et al. (2024)	Estudio no aleatorizado	175	DBT breve	DBT estándar	8 vs 12 semanas	Ninguno	DBT breve no inferior a la estándar en reducción de síntomas de TLP. Ambos grupos mejoran significativamente	Ambos grupos mejoran significativamente en síntomas depresivos
Assmann et al. (2025)	Análisis secundario de ECA	164	DBT	ST	18 meses	12 meses	Ambas terapias igual de efectivas en severidad y funcionamiento	Mejoras similares en ambos grupos
Wibbelink et al. (2026)	ECA multicéntrico	204	DBT-IG	ST-IG	2 años	3 años	Ambas terapias produjeron mejoras significativas en la severidad del TLP	Ambas terapias mostraron mejoras en funcionamiento psicosocial, calidad de vida y bienestar subjetivo.

Nota. Los estudios están ordenados cronológicamente del más antiguo al más reciente. ACT = Terapia de Aceptación y Compromiso; CFT = Terapia Centrada en la Compasión; DBT = Terapia Dialéctico-Conductual; DBT-IG = Terapia Dialéctico-Conductual formato combinado (individual + grupal); ECA = Ensayo Controlado Aleatorizado; FAP = Psicoterapia Analítico-Funcional; IG-ST = Terapia de Esquemas combinada individual y grupal; PG-ST = Terapia de Esquemas con énfasis grupal; ST = Terapia de Esquemas; ST-IG = Terapia de Esquemas formato combinado (individual + grupal); TAU = Tratamiento Habitual; TLP = Trastorno Límite de la Personalidad.

A continuación, se describen sus características metodológicas, relacionando los estudios que comparten diseños similares para resaltar similitudes, diferencias y su relevancia para la pregunta de investigación.

En general, los estudios abarcan un periodo reciente, con todos los trabajos publicados entre 2020 y 2026. La investigación procede de contextos diversos, siendo mayoritariamente de contextos occidentales: En Alemania se desarrolla el estudio de Kujovic et al. (2024), el estudio de Casellas-Pujol et al. (2024) en España, el de Wibbelink et al. (2026) en Países Bajos, el estudio de Assmann et al. (2025) que se desarrolla en Europa, el estudio multicéntrico de Arntz et al. (2022) que incluye participantes de Australia y varios centros de Europa y por último, un estudio que se realiza en México (Reyes-Ortega et al., 2020).

Los tamaños muestrales van desde los 60 participantes del estudio de Casellas-Pujol et al. (2024) hasta los 494 participantes del estudio multicéntrico de Arntz et al. (2022), predominando en el resto de los estudios muestras medianas (Reyes-Ortega et al., 2020; Kujovic et al., 2024; Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026).

Un aspecto relevante es que todos los estudios presentan muestras predominantemente femeninas. El porcentaje aproximado de participantes mujeres es entre el 80 y 90 %. Las edades de los participantes van desde los 18 años hasta muestras de adultos en edad amplia, siendo la media de edad mayor la del estudio de Casellas-Pujol et al (2024), en torno a los 40 años.

Se incluyeron 6 estudios, de los cuales 3 son ensayos clínicos aleatorizados, 1 estudio comparativo no aleatorizado, 1 ensayo no aleatorizado controlado y 1 análisis secundario de ECA.

En cuanto a los diseños, los ensayos controlados aleatorizados suponen un total de tres estudios, lo que aporta un nivel de evidencia moderado para el conjunto de la revisión. Los diseños que mayor nivel de evidencia tienen son los de Arntz et al. (2022) y Wibbelink et al. (2026), el siguiente ECA, es un ensayo con grupo experimental frente a TAU (Casellas-Pujol et al., 2024), otro de los estudios es un análisis secundario de ECA (Assmann et al., 2025), los dos siguientes son un estudio de tres grupos de tratamiento (Reyes-Ortega et al., 2020) y el restante presenta diseño no aleatorizado, siendo un estudio naturalista retrospectivo (Kujovic

et al., 2024), estos dos últimos presentan evidencia de menor jerarquía, pero tiene relevancia clínica para contextos de práctica real.

El análisis de la distribución por terapias parece revelar un desequilibrio claro en el volumen de evidencia: la DBT concentra cinco estudios (Reyes-Ortega et al., 2020; Casellas-Pujol et al., 2024; Kujovic et al., 2024; Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026), la ST cuenta con tres estudios (Arntz et al., 2022; Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026), mientras que la ACT queda representada por un único ensayo (Reyes-Ortega et al., 2020) y la CFT por un estudio (Casellas-Pujol et al., 2024). Este desequilibrio es en sí mismo un hallazgo metodológico relevante de la revisión, que refleja el estado real de la literatura y la existencia de lagunas investigadoras específicas de terapias de tercera generación para el TLP, representando además una dificultad para hacer comparaciones equilibradas entre las terapias.

A continuación, se detalla el análisis de contenido de los estudios organizando los hallazgos en cuatro bloques temáticos correspondientes a las terapias analizadas, estableciendo conexiones entre trabajos con diseños similares y resaltando tanto las convergencias como las divergencias en los resultados.

6.2.1. Terapia Dialéctico-Conductual (DBT)

Los estudios sobre DBT abordan dimensiones complementarias del tratamiento: la viabilidad de la DBT hospitalaria abreviada en contexto naturalista (Kujovic et al., 2024), la efectividad diferencial de la DBT frente a la ST en función del perfil clínico del paciente (Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026) y su combinación con otras terapias, ACT, DBT y FAP (Reyes Ortega et al., 2020), DBT y CFT (Casellas-Pujol et al., 2024). Estos dos últimos estudios se incluyen en siguientes apartados.

En cuanto a la primera dimensión, Kujovic et al. (2024) evidenciaron que un formato hospitalario de 8 semanas produce reducciones en la sintomatología del TLP y en los síntomas depresivos equivalentes a las obtenidas con el formato estándar de 12 semanas, lo que apunta a la posibilidad de optimizar la eficiencia asistencial sin comprometer los resultados clínicos, aunque el diseño retrospectivo sin aleatorización limita la solidez de estas conclusiones.

En cuanto a la comparación directa entre DBT y ST, tanto Assmann et al. (2025) como Wibbelink et al. (2026) coinciden en que ambas terapias producen mejoras clínicamente

significativas en los síntomas nucleares del TLP sin que ninguna resulte superior a la otra en términos de efectividad general. El análisis de Assmann et al. (2025), sin embargo, identificó un subgrupo de pacientes ($n=23$) con mayor nivel de funcionamiento inicial, menor historia de trauma temprano y mayor activación del esquema de fracaso, que respondía de forma preferente a la DBT. Este efecto diferencial no se mantuvo en los seguimientos, y los autores subrayan el carácter exploratorio de los resultados e indican la relevancia de avanzar hacia una selección de tratamiento más personalizada en el abordaje del TLP (Assmann et al., 2025). Por último, hay que señalar, que el estudio de Wibbelink et al. (2026) se diseñó con el objetivo adicional de identificar moderadores de respuesta diferencial, pero al tratarse de un estudio tan reciente, publicado en 2026, los análisis correspondientes no se presentan de forma desarrollada en los resultados principales ya publicados.

La evidencia sobre DBT en el período analizado en esta revisión apoyaría la evidencia sobre la eficacia de esta terapia en el tratamiento del TLP, al tiempo que señala la necesidad de avanzar en la identificación de predictores de respuesta que permitan orientar la elección terapéutica más allá de los efectos promedios grupales.

6.2.2. Terapia de Esquemas (ST)

Los estudios sobre ST incluyen el ensayo multicéntrico de mayor escala de toda la revisión (Arntz et al., 2022) y el análisis comparativo de Assmann et al. (2025), además del ensayo multicéntrico BOOTS de Wibbelink et al. (2026). Todos ellos son ECA de con muestras amplias y diseños metodológicos sólidos.

Arntz et al. (2022) realizaron el ECA multicéntrico más amplio de la revisión, con 494 participantes en 15 centros de cinco países, con tres condiciones experimentales que diferían en la modalidad de tratamiento, ST con sesiones predominantemente grupales (PG-ST), ST con sesiones tanto individuales como grupales (IG-ST), y tratamiento clínico habitual sin protocolo específico (TAU), durante dos años. La IG-ST se mostró significativamente superior tanto al TAU, como a la PG-ST en la reducción de síntomas y también obtuvo mejoras significativas en suicidabilidad, perturbación de identidad y sentimientos de vacío crónico, con la mayor tasa de retención del tratamiento. La PG-ST no mostró diferencias significativas frente al TAU en algunos análisis de interacción.

Los otros dos ECA (Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026), descritos en el apartado anterior refuerzan la evidencia de que la ST es un tratamiento efectivo para el TLP y al compararse con DBT, ambas se mostrarían igualmente efectivas, sin una superioridad clara en los resultados globales. El análisis secundario del estudio de Assmann et al. (2025) y el estudio de Wibbelink et al. (2026) llevan a plantear la necesidad de avanzar hacia tratamientos personalizados, mediante la identificación de posibles moderadores para determinar que intervención es la más adecuada, tal y como se señalo en el apartado anterior.

Parece que según la evidencia disponible la ST podría ser uno de los tratamientos con mayor respaldo empírico para el TLP. En su formato combinado individual-grupal, pareció demostrar superioridad tanto frente al TAU, como frente a la modalidad predominantemente grupal y su efectividad parece comparable a la de la DBT (Arntz et al., 2022).

6.2.3. Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT)

En el único ensayo del período que evalúa la ACT de forma específica en adultos con TLP, Reyes-Ortega et al. (2020), que realizaron un ensayo clínico controlado no aleatorizado, comparando tres condiciones de tratamiento de orientación conductual contextual; ACT, DBT o un protocolo multicomponente que combinaba ACT, DBT y Psicoterapia Analítico-Funcional. Las tres intervenciones produjeron mejoras significativas en severidad de síntomas del TLP, desregulación emocional, evitación experiencial y apego interpersonal negativo a lo largo del tiempo, sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos terapéuticos. Los autores atribuyen la equivalencia de los tres formatos a la reducción transversal de la evitación experiencial y el fortalecimiento de habilidades de mindfulness como mecanismos de cambio comunes (Reyes-Ortega et al., 2020).

Sus principales limitaciones son la ausencia de grupo control inactivo, el tamaño muestral reducido por grupo, el uso exclusivo de autoinformes y el contexto de aplicación en una institución pública mexicana, que limita la generalización, además del propio diseño del estudio.

En cuanto a la aplicación de la ACT en el TLP la evidencia disponible es aún incipiente y en lo que respecta a esta revisión, está basada en un único ensayo, lo que impide extraer conclusiones sólidas. No obstante, los resultados sugieren que la ACT produce mejoras

comparables a las de la DBT en variables clave como la desregulación emocional y la evitación experiencial, apuntando a mecanismos de cambio transversales compartidos entre ambas terapias. Se necesitan ensayos con mayor potencia estadística, grupos control inactivos y muestras más diversas, para analizar el efecto de la ACT en el tratamiento del TLP.

6.2.4. Terapia Centrada en la Compasión (CFT)

Casellas-Pujol et al. (2024) representa el único estudio de CFT incluido en esta revisión. En el estudio se evaluaron en uno de los grupos experimentales la eficacia de una intervención de compasión contextual tras haber completado los participantes el entrenamiento en habilidades de DBT. El otro grupo había recibido solo el entrenamiento en habilidades de DBT. Los participantes del grupo experimental (CFT + DBT skills) mostraron mejoras significativas en bienestar subjetivo y reducción de síntomas depresivos, respecto al grupo control. Estas mejoras se mantuvieron en el seguimiento a 3 meses.

La evidencia disponible sobre CFT en el TLP es todavía muy limitada y en el contexto de esta revisión se basa en un único estudio, por lo que cualquier conclusión debe interpretarse con cautela. Los resultados sugieren que la CFT, aplicada como complemento al entrenamiento en habilidades de DBT, puede aportar beneficios adicionales en bienestar subjetivo y sintomatología depresiva en pacientes con sintomatología crónica residual. Estos hallazgos son prometedores, especialmente para perfiles con elevada autocrítica y vergüenza crónica, pero la ausencia de más ensayos independientes impide establecer recomendaciones clínicas sólidas. Son necesarios estudios con mayor tamaño muestral, diseños más robustos y comparadores activos para determinar el papel específico de la CFT en el tratamiento del TLP.

6.3. Síntesis comparativa y jerarquización de la evidencia

El análisis conjunto de los seis estudios incluidos permite establecer una jerarquización provisional de la evidencia disponible para las cuatro terapias en el tratamiento del TLP en adultos, tomando en consideración tanto el rigor metodológico como consistencia de los resultados.

Dentro de los estudios incluidos en esta revisión, la ST es la terapia que apunta a una mayor solidez metodológica y está representada por el ensayo de mayor escala (Arntz et al., 2022; N = 494) por el ensayo multicéntrico BOOTS de Wibbelink et al. (2026), en el que se compara directamente con la DBT, y por el análisis secundario de ECA de Assmann et al. (2025). Esta solidez se refiere específicamente a la evidencia recogida en esta revisión, debiendo, no obstante, considerar a la DBT como la terapia que mantiene el mayor volumen de evidencia acumulada históricamente y el tratamiento con mayor respaldo en las guías clínicas internacionales (NICE, 2018).

Los resultados de Arntz et al. (2022) apuntan a que el formato combinado individual-grupal (IG-ST) destaca especialmente por su eficacia sobre dimensiones nucleares del TLP como la identidad, el vacío crónico y la suicidabilidad, y por presentar las tasas de retención más altas entre todos los estudios de la revisión. Por su parte, los resultados del ensayo BOOTS de Wibbelink et al. (2026) son consistentes con otros estudios en los que la DBT y la ST muestran una efectividad similar en el tratamiento de los síntomas nucleares del TLP (Assmann et al., 2025).

Los otros estudios incluidos parecen confirman la eficacia de la DBT, con tamaños del efecto moderados a grandes y aportan evidencia novedosa sobre la viabilidad de formatos abreviados de 8 semanas en entornos hospitalarios (Kujovic et al., 2024). La comparación directa entre DBT y ST (Assmann et al., 2025) no arroja diferencias significativas a nivel grupal, aunque en el análisis secundario del ECA, identifican un subgrupo específico de pacientes con menor historia de trauma y mayor nivel de funcionamiento que podría beneficiarse más de la DBT en la fase aguda. Línea de investigación que esta incluida en el estudio de Wibbelink et al. (2026).

La CFT muestra resultados preliminares prometedores como intervención complementaria en fases avanzadas del tratamiento, especialmente para pacientes con alta autocrítica y síntomas persistentes residuales (Casellas-Pujol et al., 2024). Sin embargo, su base de evidencia se limita a un estudio ECA de tamaño reducido (n = 60), sin comparaciones directas con las otras terapias y con efectos concentrados en variables específicas más que en la sintomatología nuclear del TLP.

La ACT, representada por un único estudio sin grupo control inactivo (Reyes-Ortega et al., 2020), muestra resultados favorables comparables a los de DBT en la única comparación

directa disponible dentro del período, con mejoras significativas en regulación emocional, severidad de síntomas y evitación experiencial. La ausencia de estudios adicionales dentro del período analizado constituye una laguna estructural de la literatura que impide extraer conclusiones sólidas sobre su eficacia específica en esta población.

Ninguna de las cuatro terapias se mostró significativamente superior a las demás en los estudios de comparación directa disponibles (Reyes-Ortega et al., 2020; Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026), lo que apunta hacia una equivalencia de resultados y refuerza la hipótesis de mecanismos de cambio comunes: reducción de la evitación experiencial, entrenamiento en mindfulness y validación emocional. La evidencia más relevante sobre heterogeneidad de respuesta terapéutica (Assmann et al., 2025) apunta hacia la necesidad de una selección personalizada del tratamiento en función del perfil clínico individual del paciente, reforzada por el objetivo planteado en el de Wibbelink et al. (2026)

6.4. Eficacia diferencial y mecanismos de cambio

El hilo central que articula los contenidos de los estudios revisados es la pregunta por la eficacia diferencial de las cuatro terapias analizadas y los mecanismos de cambio que subyacen a las mejoras observadas. Los hallazgos pueden organizarse en tres dimensiones: la eficacia sobre síntomas nucleares del TLP, la eficacia sobre variables transversales y la identificación de factores moderadores del tratamiento.

En cuanto los síntomas nucleares del TLP, la ST en formato combinado (IG-ST) mostró alguno de los resultados más favorables: Arntz et al. (2022) demuestran mejoras significativamente superiores al TAU en suicidabilidad, perturbación de identidad y vacío crónico, dimensiones especialmente difíciles de tratar con otras intervenciones.

En el plano de las variables transversales, destaca la reducción de la desregulación emocional como denominador común a todas las terapias evaluadas. Reyes-Ortega et al. (2020) encuentran que ACT, DBT y la intervención combinada producen reducciones equivalentes en desregulación emocional y evitación experiencial; Casellas-Pujol et al. (2024) muestran mejoras en síntomas depresivos y bienestar mediante la intervención de compasión contextual. De forma similar, los estudios de ST y los que comparan la eficacia de DBT y ST arrojan como resultados mejoras clínicamente significativas en la sintomatología nuclear del

TLP (Arntz et al., 2022; Assmann et al., 2025; Wibbelink et al., 2026). Esta convergencia de efectos sugiere que la reducción de la evitación experiencial y el fortalecimiento de la regulación emocional podrían constituir mecanismos de cambio comunes a las cuatro intervenciones. Esto podría explicarse, al menos en parte, porque todas incorporan prácticas de mindfulness o atención plena en mayor o menor medida, trabajan la regulación emocional, aunque mediante estrategias técnicamente distintas, reducen de algún modo la evitación experiencial, siendo este uno de los mecanismos transversales en el TLP e implican una relación terapéutica estructurada con alta consistencia y frecuencia de contacto.

En cuanto a los moderadores del tratamiento, el análisis de Assmann et al. (2025) aporta evidencia sobre efectividad diferencial: los pacientes con mayor nivel de funcionamiento, menor historia de trauma, mayor ansiedad y mayor esquema de fracaso en el logro responden mejor a la DBT de forma aguda que a la ST. Por el contrario, los pacientes con mayor carga traumática y mayor deterioro funcional muestran resultados equivalentes con ambas terapias, sin que se identifique un perfil específico para el que la ST sea significativamente superior. Esta asimetría en la evidencia moderadora, junto con su carácter exploratorio, subraya la necesidad de estudios prospectivos que permitan avanzar hacia una selección personalizada del tratamiento basada en el perfil clínico individual. En esta línea se posicionan los resultados del estudio BOOTS (Wibbelink et al., 2026) que, por su diseño metodológico y objetivos de la investigación, sugieren la importancia de determinar las variables individuales para dirigir la elección de la terapia más adecuada en función del perfil del paciente.

7. Discusión y conclusiones

Los resultados de esta revisión sistemática, basada en la evidencia de 6 estudios, publicados entre 2020 y 2026, sugieren que las terapias de tercera generación (DBT, ST, ACT y CFT) presentan resultados favorables en el tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad en adultos, aunque el volumen y la solidez de la evidencia difieren considerablemente entre intervenciones. En concreto, los seis estudios analizados muestran mejoras significativas tanto de los síntomas centrales del trastorno como del funcionamiento general de los pacientes, con tamaños del efecto que van de moderados a grandes en comparación con el tratamiento habitual.

La DBT y la ST siguen siendo las dos aproximaciones con mayor respaldo empírico en el período revisado. La DBT mantiene su posición como tratamiento de referencia, especialmente útil para estabilizar conductas de riesgo y reducir autolesiones, resultados que son consistentes con la literatura científica anterior sobre DBT. Por su parte, la Terapia de Esquemas, especialmente en su formato combinado individual y grupal, destacaría por su capacidad para abordar aspectos más profundos como la inestabilidad identitaria, los sentimientos crónicos de vacío y las dificultades relacionales a largo plazo.

Un dato relevante es que, en las comparaciones directas disponibles, no se observan diferencias claras de superioridad entre DBT y ST a nivel grupal. Esto sugiere que ambas son opciones válidas y que la elección entre una y otra debería basarse más en el perfil clínico del paciente que en la superioridad general de una terapia, tal y como parecen indicar los resultados del estudio secundario de Assmann et al. (2025). Por ejemplo, los pacientes con menor historia de trauma y mejor funcionamiento previo parecen responder algo mejor a la DBT en la fase inicial, mientras que, para los pacientes con mayor carga traumática, la evidencia disponible no permite establecer una superioridad clara de ninguna de las dos intervenciones.

La ACT y la CFT muestran resultados prometedores, aunque su evidencia es aún más limitada. La ACT parece especialmente útil para reducir la evitación experiencial y aumentar la flexibilidad psicológica, mientras que la CFT aporta un valor diferencial en pacientes con elevada autocrítica y vergüenza crónica. Estos hallazgos apoyarían la tendencia actual hacia

enfoques integradores que combinen elementos de las distintas terapias según las necesidades de cada persona.

Estos resultados coinciden en gran medida con revisiones previas más amplias (Leichsenring et al., 2024; Crotty et al., 2024), pero aportan información actualizada sobre formatos más breves de DBT y sobre el uso complementario de CFT. Sin embargo, persisten importantes lagunas en la literatura, especialmente la escasez de estudios sobre ACT y la falta de ensayos con seguimientos a largo plazo.

7.1. Limitaciones

Esta revisión presenta varias limitaciones que deben tenerse en cuenta. La limitación más importante es el desequilibrio en el volumen de evidencia entre las cuatro terapias evaluadas. Mientras la DBT cuenta con el mayor número de estudios, la ST está representada por el ensayo multicéntrico de mayor escala de toda la revisión (Arntz et al., 2022) y el ECA de Wibbelink et al. (2026) que presenta una alta calidad metodológica y el análisis secundario de ECA de Assmann et al. (2025). Por otro lado, la ACT queda representada por un único ensayo (Reyes-Ortega et al., 2020) sin grupo control inactivo, y la CFT por un único estudio disponible dentro del periodo analizado (Casellas-Pujol et al., 2024), lo que limita la solidez de las conclusiones que pueden extraerse sobre estas intervenciones. Este desequilibrio es una limitación tanto de la presente revisión como de la literatura disponible, e impide realizar comparaciones sólidas entre las cuatro terapias. La búsqueda sistemática confirmó, por ejemplo, que no existe ningún ensayo aleatorizado de ACT específico para TLP publicado entre 2020 y 2026. El único ensayo registrado en ClinicalTrials.gov que combinaba ACT y DBT para la prevención de conductas suicidas en TLP (ensayo DIABOLO; NCT03880071; Hospital Universitario de Montpellier) fue retirado en marzo de 2020, cuatro meses después de su inicio, coincidiendo temporalmente con la pandemia de COVID-19, sin que el registro especifique la causa.

El período de búsqueda establecido (2020–2026) coincide con la pandemia de COVID-19, lo que puede haber condicionado la producción científica disponible. Es probable que varios ensayos clínicos en curso se vieran interrumpidos, retrasados o abandonados durante ese

período, lo que podría explicar, al menos en parte, la escasez de diseños con alta calidad metodológica identificados en esta revisión.

Otra limitación importante son las diferentes metodologías de los estudios incluidos. Los tamaños muestrales varían entre los 60 y 494 participantes, la duración de los protocolos de intervención difiere también, yendo desde las 8 semanas hasta los 2 años, así como los formatos que son individual, grupal o combinados y algunos estudios no cuentan con seguimiento. En cuanto a las medidas de resultado empleadas también tienen escasa homogeneidad.

La presencia de un estudio con posible riesgo de sesgo global (Kujovic et al., 2024) supone otra limitación que debe reconocerse, por lo que sus conclusiones deben interpretarse como evidencia exploratoria que puede generar hipótesis para el diseño de futuros ensayos aleatorizados.

El predominio de muestras femeninas y de contextos occidentales de renta alta en los ensayos disponibles es otra limitación que reduce la representatividad externa de los hallazgos. La exclusión implícita de perfiles masculinos, de contextos de renta media-baja y de culturas no occidentales impide extender automáticamente los resultados a otras poblaciones. El estudio de Reyes-Ortega et al. (2020), realizado en México, representa una excepción valiosa, pero insuficiente para compensar el sesgo geográfico y cultural.

Finalmente, la ausencia generalizada de seguimientos a largo plazo superiores a los 3 años en varios de los estudios incluidos impide también valorar la duración de los efectos terapéuticos y la tasa de recaídas, pudiendo ser una variable relevante en un trastorno crónico como el TLP. Cabe destacar que estas limitaciones no invalidan los hallazgos principales, pudiendo ser considerados como indicadores de que parece importante realizar estudios más amplios, diversos y con seguimientos prolongados.

7.2. Prospectiva

Los hallazgos de este trabajo apuntan hacia varias líneas de investigación futuras, así como a determinar que implicaciones son relevantes para la práctica clínica en el tratamiento del TLP.

Parece ser especialmente necesario contar con ensayos controlados aleatorizados de mayor tamaño sobre ACT y CFT en población con TLP. También sería importante avanzar en el estudio de la efectividad diferencial de las terapias según el perfil del paciente (historia de trauma, gravedad, comorbilidades, etc.), con el objetivo de avanzar hacia una psicoterapia más personalizada, tal y como apuntan los dos estudios con mayor calidad metodológica incluidos en esta revisión sistemática (Arntz et al., 2022; Wibbelink et al., 2026). Estudios prospectivos con muestras más amplias que repliquen y amplíen estos resultados, podrían contribuir a identificar qué tratamiento resulta más adecuado para cada perfil clínico y que moderadores individuales intervienen en la efectividad de cada terapia, para conocer cuál será la terapia o componentes de las terapias más adecuados para cada caso. Por otro lado, otro de los resultados que deben tenerse en cuenta es la evidencia de efectividad en el tratamiento del TLP de formatos breves que implican un menor coste sociosanitario, a tener en cuenta en la planificación de intervenciones específicas para este trastorno.

Por otro lado, la investigación futura debería avanzar hacia una mayor diversidad cultural y de género, incorporando estudios en países con condiciones socioeconómicas distintas a las de países occidentales, en contextos de habla hispana y con muestras que incluyan mayor proporción de población masculina. La generalización de los hallazgos de esta revisión se ve condicionada por el predominio de poblaciones occidentales y femeninas en la literatura disponible y la evidencia sobre la eficacia de las terapias de tercera generación para el TLP en contextos culturales distintos sigue siendo escasa.

Por último, aunque ninguna terapia destaca claramente sobre las demás, la posible integración de componentes procedentes de diferentes modelos terapéuticos constituye una línea de investigación prometedora que podría explorarse en estudios futuros, con el fin de mejorar los resultados clínicos y reducir la carga personal y sociosanitaria asociada al TLP. Avanzar en esta dirección contribuiría a una práctica clínica más equitativa, inclusiva y eficaz en el abordaje del TLP.

Referencias bibliográficas

- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
<https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Aouidad, A., Cohen, D., Mirkovic, B., Pellerin, H., Garny de La Rivière, S., Consoli, A., Gérardin, P., & Guilé, J.-M. (2020). Borderline personality disorder and prior suicide attempts define a severity gradient among hospitalized adolescent suicide attempters. *BMC Psychiatry*, 20, Article 525. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02930-4>
- Arntz, A., & Jacob, G. (2013). *Schema therapy in practice: An introductory guide to the schema mode approach*. Wiley-Blackwell.
- Arntz, A., Stupar-Rutenfrans, S., Bloo, J., van Dyck, R., & Spinhoven, P. (2015). Prediction of treatment discontinuation and recovery from Borderline Personality Disorder: Results from an RCT comparing Schema Therapy and Transference Focused Psychotherapy. *Behaviour Research and Therapy*, 74, 60–71.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.09.002>
- Arntz, A., Jacob, G. A., Lee, C. W., Brand-De Wilde, O. M., Fassbinder, E., Harper, R. P., Lavender, A., Lockwood, G., Malogiannis, I. A., Ruths, F. A., Schweiger, U., Shaw, I. A., Zarbock, G., & Farrell, J. M. (2022). Effectiveness of predominantly group schema therapy and combined individual and group schema therapy for borderline personality disorder: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 79(4), 287–299.
<https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0010>
- Assmann, N., Schaich, A., Arntz, A., Wagner, T., Herzog, P., Álvarez-Fischera, D., Sipos, V., Jauch-Chara, K., Klein, J. P., Hüppe, M., Schweiger, U., & Fassbinder, E. (2024). The

- Effectiveness of Dialectical Behavior Therapy Compared to Schema Therapy for Borderline Personality Disorder: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 93(4), 249–263. <https://doi.org/10.1159/000538404>
- Assmann, N., Kaiser, T., Herzog, P., Arntz, A., Klein, J. P., Fassbinder, E., & Schaich, A. (2025). Differential effectiveness of dialectical behavioural therapy and schema therapy in patients with borderline personality disorder: A secondary analysis of a randomised clinical trial. *Behaviour Research and Therapy*, 195, Article 104899. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2025.104899>
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford University Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2004). *Cognitive therapy of personality disorders* (2nd ed.). Guilford Press.
- Bozzatello, P., Bellino, S., Bosia, M., & Rocca, P. (2024). Gender differences in borderline personality disorder: A narrative review. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1320546. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1320546>
- Casellas-Pujol, E., Soler, J., Schmidt, C., Soria-Madrid, A., Elices, M., & Pascual, J. C. (2024). Contextual-compassion training for borderline personality disorder with long lasting symptoms: A randomized clinical trial. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 34, 100846. <https://doi.org/10.1016/j.icbs.2024.100846>
- Cha, Y., Links, P. S., Ba, D., & Kazi, A. (2024). Systematic review of the effectiveness and experiences of treatment for men with borderline personality disorder. *American Journal of Men's Health*, 18(4), Article 15579883241271894. <https://doi.org/10.1177/15579883241271894>
- Cristea, I. A., Gentili, C., Cotet, C. D., Palomba, D., Barbui, C., & Cuijpers, P. (2017). Efficacy of psychotherapies for borderline personality disorder: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 74(4), 319–328. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2016.4287>
- Crotty, K., Viswanathan, M., Kennedy, S., Edlund, M. J., Ali, R., Siddiqui, M., Wines, R., Ratajczak, P., & Gartlehner, G. (2024). Psychotherapies for the treatment of borderline

- personality disorder: A systematic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 92(5), 275–295. <https://doi.org/10.1037/ccp0000833>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and crisis*. W. W. Norton.
- Farrell, J. M., Shaw, I. A., & Webber, M. A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40(2), 317–328. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2009.01.002>
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (2002). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. Other Press.
- Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M., & Arntz, A. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder: Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63(6), 649–658. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.6.649>
- Gilbert, P. (2009). *The compassionate mind: A new approach to life's challenges*. Constable.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: Distinctive features*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203851197>
- Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 69(4), 533–545. <https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404>
- Guilé, J. M., Boissel, L., Alaux-Cantin, S., & Garny de La Rivière, S. (2018). Borderline personality disorder in adolescents: Prevalence, diagnosis, and treatment strategies. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 9, 199–210. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S156565>.
- Gunderson, J. G., & Singer, M. T. (1975). Defining borderline patients: An overview. *American Journal of Psychiatry*, 132(1), 1–10.

- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., & Roche, B. (Eds.). (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.
<https://doi.org/10.1007/b108413>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). "Third-wave" cognitive and behavioral therapies and the emergence of a process-based approach to intervention in psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363–375. <https://doi.org/10.1002/wps.20884>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). Guilford Press.
- Hernandez-Bustamante, M., Cjuno, J., & Hernández, M. (2024). Efficacy of dialectical behavior therapy in the treatment of borderline personality disorder: A systematic review of randomized controlled trials. *Iranian Journal of Psychiatry*, 19(1), 119–129.
<https://doi.org/10.18502/ijps.v19i1.14347>
- Higgins, J. P. T., Thomas, J., Chandler, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. J., & Welch, V. A. (Eds.). (2023). *Cochrane handbook for systematic reviews of interventions* (version 6.4). Cochrane. <https://training.cochrane.org/handbook>
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kujovic, M., Benz, D., Riesbeck, M., Mollamehmetoglu, D., Becker-Sadzio, J., Margittai, Z., Bahr, C., & Meisenzahl, E. (2024). Comparison of 8-vs-12 weeks, adapted dialectical behavioral therapy (DBT) for borderline personality disorder in routine psychiatric inpatient treatment – A naturalistic study. *Scientific Reports*, 14, Article 11234.
<https://doi.org/10.1038/s41598-024-61795-9>
- Leichsenring, F., Fonagy, P., Heim, N., Kernberg, O. F., Leweke, F., Luyten, P., Salzer, S., Spitzer, C., & Steinert, C. (2024). Borderline personality disorder: A comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. *World Psychiatry*, 23(1), 4–25. <https://doi.org/10.1002/wps.21156>
- Linehan, M. M. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry*, 48(12), 1060–1064.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.

- Linehan, M. M. (2015). *DBT skills training manual* (2nd ed.). Guilford Press.
- Linehan, M. M. (2025). *DBT skills training manual* (Revised ed.). Guilford Press.
- Lucre, K. M., & Corten, N. (2013). An exploration of group compassion-focused therapy for personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 86(4), 387–400 <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.2012.02068.x>
- Millard, L. A., Wan, M. W., Smith, D. M., & Wittkowski, A. (2023). The effectiveness of compassion focused therapy with clinical populations: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 326, 168–192. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.010>
- Minzenberg, M. J., Fan, J., New, A. S., Tang, C. Y., & Siever, L. J. (2007). Fronto-limbic dysfunction in response to facial emotion in borderline personality disorder: An event-related fMRI study. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 155(3), 231–243. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2007.03.006>
- Morgan, T. A., & Aljabari, R. (2019). Using acceptance and commitment therapy in the treatment of borderline personality disorder: Rationale, preliminary evidence, and future directions. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 6(4), 271–283. <https://doi.org/10.1007/s40501-019-00185-9>
- Morton, J., Snowden, S., Gopold, M., & Guymer, E. (2012). Acceptance and commitment therapy group treatment for symptoms of borderline personality disorder: A public sector pilot study. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19(4), 527–544. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2012.03.005>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Borderline personality disorder: Recognition and management* (Clinical guideline CG78). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg78>
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A pilot study and randomized controlled trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28–44. <https://doi.org/10.1002/iclp.21923>
- Neri, M., Reitano, A., Rinnone, L., Bruno, A., Turiaco, F., Ferreri, F. M., Mento, C., Muscatello, M. R. A., & 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/10.22543/2392-7674.1500>
- Oldham, J. M. (2006). Borderline personality disorder and suicidality. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 20–26. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.1.20>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., ... Moher, D. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología*, 74(9), 790–799. <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
- Paris, J. (2019). Suicidality in borderline personality disorder. *Medicina*, 55(6), 223. <https://doi.org/10.3390/medicina55060223>
- Reyes-Ortega, M. A., Miranda, E., García, A., & González, M. (2020). Clinical efficacy of a combined acceptance and commitment therapy, dialectical behavioural therapy, and functional analytic psychotherapy intervention in patients with borderline personality disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 93(3), 474–489. <https://doi.org/10.1111/papt.12240>
- Robins, C. J. (2002). Zen principles and mindfulness practice in dialectical behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(1), 50–57. [https://doi.org/10.1016/S1077-7229\(02\)80040-2](https://doi.org/10.1016/S1077-7229(02)80040-2)
- Ruocco, A. C., Amirthavasagam, S., Choi-Kain, L. W., & McMain, S. F. (2013). Neural correlates of negative emotionality in borderline personality disorder: An activation-likelihood-estimation meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 73(2), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2012.07.014>
- Ruocco, A. C., & Carcone, D. (2016). A neurobiological model of borderline personality disorder: Systematic and integrative review. *Harvard Review of Psychiatry*, 24(5), 311–329. <https://doi.org/10.1097/HRP.000000000000123>
- Sansone, R. A., & Sansone, L. A. (2011). Gender patterns in borderline personality disorder. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 8(5), 16–20. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3115767/>

- Schardt, C., Adams, M. B., Owens, T., Keitz, S., & Fontelo, P. (2007). Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 7, Article 16. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-7-16>
- Schulze, L., Schmahl, C., & Niedtfeld, I. (2016). Neural correlates of disturbed emotion processing in borderline personality disorder: A multimodal meta-analysis. *Biological Psychiatry*, 79(2), 97–106. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2015.03.027>
- Setkowski, K., Palantza, C., van Ballegooijen, W., Gilissen, R., Oud, M., Cristea, I. A., Noma, H., Furukawa, T. A., Arntz, A., van Balkom, A. J. L. M., & Cuijpers, P. (2023). Which psychotherapy is most effective and acceptable in the treatment of adults with a (sub)clinical borderline personality disorder? A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(16), 7417–7429. <https://doi.org/10.1017/S0033291723000685>
- Stern, A. (1938). Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanalytic Quarterly*, 7, 467–489.
- Wibbelink, C. J. M., Kamphuis, J. H., Sinnaeve, R., Arntz, A., Boog, M., Bremer, O. M. C., Dek, E. C. P., Göral Alkan, S., James, C., Koppeschaar, A. M., Kramer, L., Ploegmakers, M., Schaling, A., & Smits, F. I. (2026). Dialectical behavior therapy vs schema therapy for patients with borderline personality disorder: The BOOTS multicenter randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2026.0418>
- World Health Organization. (1992). *International classification of diseases and related health problems* (10th ed.). World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). *International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Dubo, E. D., Sickel, A. E., Trikha, A., Levin, A., & Reynolds, V. (1998). Axis I comorbidity of borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155(12), 1733–1739. <https://doi.org/10.1176/ajp.155.12.1733>

Zurita Ona, P. E. (2020). *Acceptance and commitment therapy for borderline personality disorder: A flexible treatment plan for clients with emotion dysregulation*. New Harbinger Publications.