



LA NECESIDAD DE INCORPORAR LA PALABRA RECUPERACIÓN AL TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. EL MODELO DE PROGRAMA AMBULATORIO INTENSIVO DE GRAN CANARIA

THE NEED TO INCORPORATE THE WORD RECOVERY INTO THE TREATMENT OF
PERSONALITY DISORDERS. THE INTENSIVE OUTPATIENT PROGRAM MODEL OF GRAN
CANARIA

Autores:

Fernando Rodríguez Otero¹ Tamara del Pino Medina Dorta², Jaime Fernández Fernández³, Juan Antonio Díaz Garrido³, Jose Luis Hernández Fletas¹

¹Psiquiatra Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

²Enfermera especialista Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

³Psicólogo clínico Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín.

RESUMEN

En los últimos años se ha conseguido un gran avance en el estudio y tratamiento de los Trastornos de personalidad y es el momento de incorporar la perspectiva de la rehabilitación y recuperación en el abordaje de nuestros pacientes. Hace tres años comenzó en Gran Canaria un Programa Ambulatorio intensivo basado en un modelo integrador que incorpora psicoterapias basadas en la evidencia y todo ello en un modelo secuenciado de tratamiento, pero ningún tratamiento sería exitoso sin incorporar la perspectiva de la recuperación y en primera persona de los usuarios, para ello hemos entendido la necesidad de visualizar los pacientes en su contexto socioeconómico, fortalecer la ayuda y empoderamiento de individuos y familias, tener en cuenta una perspectiva del curso de vida, la necesidad de crear redes a distintos niveles, el compromiso con la justicia social, la coordinación con los distintos dispositivos y todo ello desde un equipo multidisciplinar.

Palabras clave: trastorno de personalidad, recuperación, estigma.

ABSTRACT

In recent years, there has been great progress in the study and treatment of personality disorders and it is time to incorporate the perspective of rehabilitation and recovery in the approach to our patients. Three years ago, an intensive outpatient program based on an integrative model that incorporates evidence-based psychotherapies and all of this in a sequenced treatment model began in Gran Canaria, but no treatment would be successful without incorporating the perspective of recovery and the first person of the users. To do this, we have understood the need to view patients in their socioeconomic context, strengthen the help and empowerment of individuals and families, take into account a life course perspective, the need to create networks at different levels, the commitment to social justice, the coordination with the different devices and all of this from a multidisciplinary team.

Keywords: personality disorder, recovery, stigma

La necesidad de incorporar la palabra recuperación al tratamiento de los Trastornos de personalidad.

Nos encontramos ante una mayoría de edad en el estudio y tratamiento de los Trastornos de Personalidad¹, después de muchas décadas de estudio nuestra comprensión y tratamiento de estos trastornos es amplia encontrándonos actualmente con hasta siete tratamientos basados en la evidencia². A la vez que avanza el abordaje otros aspectos ha pasado más desapercibido o al menos constan de menos estudios, entre estos aspectos me gustará destacar los siguientes:

1. La necesidad de incorporar una perspectiva de género, dada la enorme diferencia en entornos clínicos entre la presencia de hombres y mujeres³
2. La necesidad de adecuar los enfoques terapéuticos según la edad con especial hincapié en los pacientes de edades por encima de los 50 años que cada vez más son derivados a recursos específicos de tratamiento y que precisan de un encuadre y abordaje terapéutico distinto⁴.
3. La incorporación de los programas de empleo protegido para un determinado perfil de pacientes
4. La incorporación a programas de alojamiento alternativo para pacientes con Trastornos de personalidad
5. La necesidad de una perspectiva en primera persona aportada por los usuarios y una mayor participación en sus programas de tratamiento⁵.

Creo que cualquiera de mis colegas que participan en esta revista estarán de acuerdo en cada uno de los aspectos que aquí nombro y me gustaría detenerme específicamente en el último apartado y la perspectiva de la recuperación y su incorporación a los programas de tratamiento.

Recuperación y perspectiva en primera persona de las personas con Trastornos de personalidad. La influencia del estigma.

Si bien el abordaje basado en la recuperación y su filosofía tiene un largo recorrido en el campo de la psicosis⁶, no es así en el campo de los Trastornos de personalidad, me atrevería a relatar varios factores que han contribuido a ello, por un lado la estigmatización social por parte de las administraciones tal como queda reflejado en la escasez de programas específicos en nuestro país, en la Comunidad Canaria no es hasta hace tres años donde tras la elaboración del Plan de Salud Mental de Canarias se aborda la necesidad de creación de Hospital de día específico para esta población, y esto choca con una realidad epidemiológica y de gasto sanitario aplastante tal como queda reflejado en un reciente artículo de la revista mundial de psiquiatría⁷ que sitúa el gasto en Trastornos de personalidad mayor que el de la Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple y diabetes entre otras. Esta cruda realidad choca con una actitud estigmatizante⁸ por parte de los pro-

fesionales, aunque ha mejorado en los últimos años según estudios recientes⁹. No obstante es frecuente encontrarnos con los siguientes elementos:

1. Resistencia por parte de los clínicos y retención de información
2. Sensación de exclusión
3. Impacto negativo en la autoestima y sensación de ser una carga

Todos estos implican la necesidad de incorporar una perspectiva donde la narrativa en primera persona ayude a las personas a dar sentido y significado a sus experiencias pasadas y actuales

La necesidad de modelos de apoyo y comunitarios en Trastornos de Personalidad. La Perspectiva de nuestro Programa.

Hace tres años comenzó en Gran Canaria un programa ambulatorio intensivo formado por un psiquiatra, tres psicólogos clínicos y dos enfermeras especialistas en Salud Mental que nace desde una perspectiva integradora con capacidad para atender a un total de 50 pacientes que acuden a terapia individual y grupal, el lector podrá encontrar más detallado el programa en el último capítulo del manual de tratamiento psicológico en los Trastornos de personalidad volumen dos de reciente publicación¹⁰, para no extenderme mucho nuestro programa está fundamentado en el concepto de endofenotipos de Gunderson¹¹ con una secuenciación que sigue el siguiente recorrido:

1. Concepción del problema/área disfuncional del paciente.
2. Concepción de cómo el paciente puede llegar a un nivel más efectivo de ajuste.
3. Concepción de cómo el paciente puede mejorar secuencialmente a lo largo del tiempo.
4. Utilización de técnicas terapéuticas ajustadas en el tiempo a los problemas más destacados y a la disposición del paciente al cambio.
5. Concepción cambiante de la percepción del terapeuta por el paciente y de la creciente concepción de sí mismo del paciente.

Y con tres aspectos fundamentales que guían nuestras intervenciones:

1. La desregulación emocional un elemento clave y transdiagnóstico¹².
2. La Mentalización como un elemento común de todo el programa¹³.
3. El análisis de la Transferencia y Contratransferencia constante por parte de todos integrantes¹⁴.

A lo largo de estos años nos hemos encontrados con la necesidad de incorporar una perspectiva comunitaria, la importancia de trabajar en los contextos y de incluir a las familias en el programa, para ello debemos tener en cuenta las siguientes variables;

- Visualizar a los pacientes en su contexto socioeconómico.
- Trabajar en equipos multidisciplinarios.
- Fortalecer la autoayuda y empoderamiento de los individuos y familias en el servicio.
- Perspectiva a largo longitudinal y del curso de la vida.
- Crear redes con diversos actores a distintos niveles.
- Compromiso con la justicia social.
- Coordinación con los distintos dispositivos.

A continuación, detallaré cada uno de estos aspectos.

1. Visualizar a los pacientes en su contexto socioeconómico

Dentro de los pacientes derivados al programa nos vamos a encontrar con distintos niveles,

Un grupo de pacientes con un bajo nivel de funcionamiento en relación con sus posibilidades

En este grupo de pacientes creemos necesario la necesidad de la importancia del contrato terapéutico diseñado en el modelo de psicoterapia centrada en la transferencia¹⁵ y que hace especial hincapié en incorporarse a los estudios o trabajo; me gustaría aquí destacar la presencia de rasgos narcisistas y la diada característica de un Self Grandioso Patológico y un otro devaluado que mantiene al paciente inmovilizado y en el peor de los casos un empleo no acorde a su formación especialmente en aquellos que cumplen características de narcisistas y masoquistas¹⁶.

Un grupo de paciente con un bajo nivel de funcionamiento fomentado por la ganancia secundaria

La ganancia secundaria supone un obstáculo a veces insalvable para muchos pacientes, y compromete mucho su evolución en el programa, es preciso aquí analizar los rasgos disociales especialmente aquellos derivados del parasitismo social y diferenciarlo de otros variables de la personalidad que pueden ser abordadas a través de una serie de estrategias y técnicas psicoterapéuticas. Para muchos de nuestros pacientes el conflicto dialéctico entre ser capaz e incapaz forma parte de su identidad. La ganancia secundaria se convierte en un obstáculo terapéutico, así, por ejemplo, existen estudios que

demuestran que la ganancia secundaria es un obstáculo psicoterapéutico en la psicoterapia¹⁷

Un grupo de pacientes con bajo funcionamiento debido a sus capacidades

A lo largo de estos años, cada vez más nos encontramos con un subgrupo de pacientes cuyas capacidades se ven limitadas por varios aspectos:

1. Deterioro importante en capacidades cognitivas.
2. Pacientes con un perfil de organización borderline límite bajo con tendencia a presentar episodios y síntomas psicóticos concomitantes
3. Pacientes con Trauma complejo con capacidad funcional muy limitada.

Es en este subgrupo donde las intervenciones en el contexto y la derivación a programas de empleo con apoyo son imprescindibles, desde el comienzo de nuestro programa son varios ya los pacientes han sido derivados a programas de empleo con apoyo.

2. Trabajar en equipos multidisciplinares

La presencia de equipos multidisciplinares cumple distintos principios que destaco a continuación:

1. Favorecer una visión holística del paciente
2. Fomentar la visión desde los distintos profesionales permite una mayor capacidad de mentalizar al paciente y su entorno
3. Los equipos multidisciplinares permiten una discusión más abierta del caso permitiendo a su vez un mejor abordaje dialéctico entre lo que el paciente quiere del tratamiento y lo que el equipo espera.

En nuestro programa todos participan de manera activa en el formato de Terapia dialéctica conductual; el equipo de enfermería trabaja de manera activa en los contextos el uso de habilidades siendo necesario en muchos casos una visita al entorno donde vive el paciente.

3. Fortaleciendo la autoayuda y empoderamiento de los individuos y familias en el servicio. El programa Profam-GC

El abordaje de las familias y la intervención sobre los sistemas parece algo obvio en el abordaje de los Trastornos mentales graves pero de especial importancia en los Trastornos de personalidad donde el área relacional forma parte de uno de los elementos imprescindibles para su comprensión¹⁸, así que no es sólo tratar a las familias sino que desde nuestro programa consideramos a la familia y/o las relaciones significativas como el contexto de referencia más importante para el desarrollo del individuo donde se pone en juego la confianza epistémica y un lugar idóneo para el uso de habilidades. Para algunos autores la patología forma parte de una dinámica relacional donde aparecen dos dimensiones claras por un lado la conyugalidad y por otro lado la parentalidad¹⁹, estas dos dimensiones se relacionan entre sí y requieren una comprensión clara por parte del equipo terapéutico, esta concepción guarda estrecha relación con otros conceptos como el de juego relacional²⁰. Atendiendo a estos conceptos surge en nuestro programa un programa específico para el abordaje de los Trastornos de personalidad que hemos llamado programa PROFAM –GC y que ya cuenta con los primeros resultados prometedores después de más de dos años de su comienzo, dicho programa consta de los siguientes elementos:

1. Psicoeducación
2. Habilidades de la Terapia Dialéctica conductual
3. Fundamentos de la terapia de aceptación y compromiso (principalmente la desesperanza creativa, defusión, metáforas y ejercicios experienciales)
4. Modelos centrados en el apego

Este formato se hace de dos formas: por un lado, un grupo multifamiliar formado por un máximo de 10 familias, y de carácter semanal con un máximo de 6 meses. Y un grupo multifamiliar que incorpora las familias que quieren, cuyos hijos o parejas estén dentro del programa y que cumplan criterios de alta emoción expresada, con un tiempo de 12 meses de tratamiento, se dividen en dos partes en un total de dos horas de duración. La primera parte de contención emocional y una segunda parte que incorpora de manera resumida elementos del primer programa. Actualmente hemos realizado un estudio focal cualitativo pendiente de resultados sobre el primer grupo.

Todas estas intervenciones van unidas a intervenciones familiares individuales donde se trabaja desde una comprensión relacional de la psicopatología y donde se atiende distintos procesos:

1. Por un lado el plano diacrónico referente a la historia del paciente y familia
2. El plano sincrónico referente a las observaciones en el aquí y en el ahora de las interacciones entre familia y el profesional.
3. El ciclo vital en el que se encuentran los miembros de la familia
4. El proceso de individuación que engloba una visión trigeracional

4. Perspectiva a largo longitudinal y del curso de la vida

Una de las variables que determina las intervenciones en nuestro programa tiene que ver con el factor de la edad, considerar la edad como un determinante para el tipo de intervención tiene que ver también con factores biológicos y nos hace también entender otras variables que influyen en nuestra intervención, como es entender el ciclo vital en el cuál se encuentra nuestro paciente. Los estudios referentes a datos de recuperación son claros, si bien dos de los grandes estudios²⁰ de seguimiento hablaban de una importante remisión de síntomas no así en referencia a datos de recuperación funcional, y además sabemos que en esta recuperación funcional aparece muy ligada de manera estrecha a la asociación de comorbilidades especialmente a su asociación en el Trastorno Límite de personalidad a la presencia de Trastorno depresivo mayor y Trastorno de Estrés postraumático²¹. Es por ello por lo que siguiendo un abordaje secuencial tal como se plantea en nuestra Unidad para aquellos pacientes con edades superiores a los 45 años estamos elaborando un programa de intervención grupal de 6 meses de duración que combine estrategias de intervención de la terapia dialéctica conductual especialmente habilidades de efectividad interpersonal, mindfulness unido al uso de fármacos para pacientes resistentes a sintomatología depresiva²².

5. Crear redes con diversos actores a distintos niveles

Una de las principales quejas realizadas por la reciente asociación de familiares de Trastornos de personalidad en Gran Canaria es que se siente solos o con un seguimiento muy escaso cuando salen del programa, esto tiene mucho sentido más si pensamos que un tratamiento coherente de los Trastornos de personalidad implica²³:

1. La enseñanza y aprendizaje del contenido
2. El resurgimiento de la mentalización robusta.
3. La reemergencia del aprendizaje social más allá de la terapia es decir aplicar en la vida real lo que se ha aprendido en la terapia

Quería detenerme en este último aspecto, ya que el verdadero beneficio de una psicoterapia sería que el paciente pudiese retomar las situaciones sociales y responder a ellas de una manera más constructiva, mentalizándose a sí mismo y a quienes les rodea, la realidad es que muchos pacientes vuelven a entornos donde mentalizar no sería beneficioso ya que se trata de entornos donde es preferible funcionar de manera automática, basarse en lo externo y que favorecen el uso de modos prementalizadores.

Desde nuestro programa y trabajando en conjunto con la asociación de familiares se está intentando crear espacios comunes para los pacientes que salen del programa, la idea sería poder usar algún tipo de local que sirva de espacio de reunión y que cuente con uno o dos integradores sociales y que cumplan con algunas de las características de un sistema mentalizador exitoso²⁴:

1. Relajado y flexible
2. Que sea lúdico
3. Capaz de resolver problemas a través de la negociación
4. Un lugar donde cada uno describe su propia experiencia
5. Se promueve la responsabilidad
6. Muestra curiosidad por la perspectiva de otras personas

Este espacio no pretende ser un espacio terapéutico sino un espacio que fortalezca lo aprendido en el programa y que además permita empoderar al paciente en una perspectiva en primera persona tan necesaria en un grupo de pacientes donde ha predominado la invalidación en primer plano.

6. Compromiso con la justicia social

El compromiso con la justicia social implica poder acceder a las mismas oportunidades, en nuestro programa desde sus comienzos se realizó un trabajo conjunto con el Programa de acceso al empleo para personas con Trastorno mental grave, aunque inicialmente estos programas se diseñaron para pacientes con Esquizofrenia desde nuestro programa y en colaboración con el programa de acceso al empleo para Trastornos Mentales Graves se ha podido incluir algunos pacientes cuyos han sido los siguientes:

1. Conseguir una actividad productiva que pueda servir como estímulo cognitivo; este tipo de variables es extensamente evaluada en nuestro programa siendo muy afectada especialmente en aquellos con trastorno de estrés postraumático²⁵.
2. Permite ser una actividad retribuida que permite mayor independencia económica
3. Fomenta un rol social distinto al de enfermedad permitiendo al paciente sentirse más capaz, curiosamente esto concordaría con dos argumentos de distintos modelos terapéuticos, por un lado desde la terapia dialéctica conductual el conflicto entre ser capaz o incapaz y por otro lado desde el formato de psicoterapia centrada en la transferencia formaría parte del contrato terapéutico e iría unido al ya clásico concepto freudiano de que una persona sana, es aquella que es capaz de amar y trabajar²⁶.

Desde nuestra unidad se ha priorizado aquellos pacientes con predominio de rasgos del Clúster A por ser un perfil de pacientes con características similares a la Esquizofrenia (Estos programas han sido pensados para este perfil de pacientes)

y para otro perfil de pacientes con rasgos del clúster B y C cuyas dificultades a nivel cognitivo requieran de intervenciones de apoyo; especialmente pensando en este perfil se realizó una formación basada en habilidades de Terapia dialéctica conductual centrado en las habilidades de Tolerancia al malestar para los monitores del programa.

Queda todavía la necesidad de poder incorporar a pacientes en el Programa de Alojamiento alternativo en nuestra Comunidad, ya contando con experiencias en otras comunidades, la dificultad encontrada en este caso ha partido de la concepción de los Trastornos Mentales Graves en nuestra Comunidad sin obviar el estigma institucional asociado.

7. Coordinación con los distintos servicios.

En un programa como el nuestro nos encontramos con usuarios con situaciones complejas donde intervienen múltiples actores, como son el sistema de protección del menor en aquellos casos de madres y padres con Trastornos de personalidad; los servicios sociales, la Unidad de Salud Mental, la Unidad de internamiento breve, el programa de acceso al empleo y nosotros, sabemos además que los problemas sociales e interpersonales indican procesos de apego disfuncional y que nuestros pacientes presentan una hipersensibilidad a la experiencia negativa y una hipervigilancia y necesidad de reafirmación. En la mayoría de los casos nos encontramos con un nivel importante de desintegración del usuario y los servicios y esto a su vez puede explicarse en estos tres términos;

1. En definir una explicación del problema
2. En definir el tipo de intervención
3. En definir el tipo de responsabilidades.

Para este tipo de casos tan común en nuestra Unidad creemos imprescindible la formación de los equipos y el uso de método Ambit²⁷, que puede describirse como un tratamiento integrativo basado en la mentalización adaptativa y que ayuda a los equipos a crear sistemas efectivos de asistencia, dentro de este modelo hemos ido incorporando en el equipo en nuestras reuniones diarias y especialmente en aquellos casos que algún profesional lo solicite la práctica del pensar juntos sacada del propio método Ambit y que promueve que todos los integrantes del equipo hagamos un esfuerzo por mentalizar no sólo al paciente sino al compañero y su necesidad en ese momento.

Conclusiones

Desde su comienzo hemos podido ya atender una cifra superior a 250 pacientes, en estos años este abordaje integrador basado en modelos de psicoterapia basada en la evidencia y en una secuenciación del tratamiento ha conseguido unos resultados más que óptimos pero con el paso del tiempo más allá de las técnicas, tácticas y estrategias psicoterapéuticas nos hemos interesado por la perspectiva en primera persona, más allá de los síntomas cada paciente trae una historia única que merece ser escuchada con el máximo respeto por cada uno de los integrantes del equipo, eso requiere que cada uno de nosotros use una postura dialéctica y mentalizadora sobre el paciente y sobre cada uno de nosotros, atendiendo frecuentemente a los aspectos transferenciales y contratransferenciales que surgen cada día, comprendiendo cada historia vital de los usuarios del programa. Los trastornos de personalidad por sus características suponen un reto para cualquier clínico pero hemos avanzado mucho en los últimos 30 años y disponemos de modelos que pueden ser aprendidos y usados por cualquier profesional de la Salud Mental con ganas de formarse, las cifras en relación al suicidio y al gasto económico dejan claro que estamos ante un problema grave de salud mental que requiere la escucha activa de los agentes políticos y gestores implicados en el campo de la Sanidad, falta escuchar la visión de los usuarios, darles la palabra y aprender de ellos para poder incorporar sus experiencias a nuestras herramientas de trabajo.

En estos años varias cosas hemos ido aprendiendo y seguimos en ello, pero me gustaría destacar:

1. Transmitir un relato de esperanza, decirles a los pacientes que otra vida puede ser vivida
2. Poner el foco no sólo en la persona sino en una mirada a su entorno y su contexto, las familias se encuentran pérdidas y necesitan ayudas, muchas de ellas llegan después de muchos tratamientos, pero sin sentirse escuchadas.
3. La importancia de las intervenciones grupales y lo que el grupo aporta a cada uno de ellos con especial importancia a los factores comunes, la universalidad, la información participada, el altruismo, la cohesión del grupo y el aprendizaje interpersonal entre otros.
4. El sostén en grupo del equipo terapéutico con una supervisión constante y diaria de cada uno del equipo de los aspectos transferenciales y contratransferenciales, analizando la puesta en marcha en alguno de nosotros de modos prementalizadores que requieren ser analizados y no terminar actuando de más.
5. La presencia de supervisores externos como manera de poder tener una visión distinta en aquellos casos donde el equipo se encuentra estancado

Y por último entender que la recuperación es un proceso continuo y activo que inicia una persona que busca una ayuda y donde nosotros sólo desde el respeto y la máxima profesionalidad nos ponemos a su disposición para poder tener una vida que merezca ser vivida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Yeomans F. Prólogo. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad I. Fundamentos, características y personas. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 13-15.
2. Díaz Garrido JA, Al Halabi S, Cangas Díaz Adolfo J, Rodríguez Otero F. Capítulo 1. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad I. Fundamentos, características y personas. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 19-78.
3. Qian X, Townsend ML, Tan WJ, Grenyer BFS. Sex differences in borderline personality disorder: A scoping review. PLoS One. 2022 Dec 30;17(12):e0279015. doi: 10.1371/journal.pone.0279015.
4. D'Agostino A, Pepi R, Starcevic V. Borderline personality disorder and ageing: myths and realities. Curr Opin Psychiatry. 2022 Jan 1;35(1):68-72. doi: 10.1097/YCO.0000000000000764.
5. Balaratnasingam S, Janca A. Recovery in borderline personality disorder: time for optimism and focussed treatment strategies. Curr Opin Psychiatry. 2020 Jan;33(1):57-61. doi: 10.1097/YCO.0000000000000593.
6. George P, Jones N, Goldman H, Rosenblatt A. Cycles of reform in the history of psychosis treatment in the United States. SSM Ment Health. 2023 Dec;3:100205. doi: 10.1016/j.ssmmh.2023.100205.
7. Leichsenring F, Fonagy P, Heim N, Kernberg OF, Leweke F, Luyten P, Salzer S, Spitzer C, Steinert C. Borderline personality disorder: a comprehensive review of diagnosis and clinical presentation, etiology, treatment, and current controversies. World Psychiatry. 2024 Feb;23(1):4-25. doi: 10.1002/wps.21156.
8. Lamont E, Dickens GL. Mental health services, care provision, and professional support for people diagnosed with borderline personality disorder: systematic review of service-user, family, and carer perspectives. J Ment Health. 2021 Oct;30(5):619-633. doi: 10.1080/09638237.2019.1608923.
9. Day NJS, Hunt A, Cortis-Jones L, Grenyer BFS. Clinician attitudes towards borderline personality disorder: A 15-year comparison. Personal Ment Health. 2018 Nov;12(4):309-320. doi: 10.1002/pmh.1429.
10. Rodríguez Otero F, Díaz Garrido JA, Laffite Carera H, Medina Dorta T, Hernández Fleta JL. Capítulo 23 Una propuesta de intervención en una unidad específica de trastornos de personalidad. En: Tratamientos psicológicos en los Trastornos de la personalidad II. Aproximación a modelos terapéuticos. Madrid: Ediciones Pirámide; 2024. p. 433-443.
11. Siever LJ, Torgersen S, Gunderson JG, Livesley WJ, Kendler KS. The borderline diagnosis III: identifying endophenotypes for genetic studies. Biol Psychiatry. 2002 Jun 15;51(12):964-8. doi: 10.1016/s0006-3223(02)01326-4.
12. Sloan E, Hall K, Moulding R, Bryce S, Mildred H, Staiger PK. Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. Clin Psychol Rev. 2017 Nov;57:141-163. doi: 10.1016/j.cpr.2017.09.002.
13. Luyten P, Campbell C, Allison E, Fonagy P. The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2020 May 7;16:297-325. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-071919-015355.
14. Bholá P, Mehrotra K. Associations between countertransference reactions towards patients with borderline personality disorder and therapist experience levels and mentalization ability. Trends Psychiatry Psychother. 2021 Apr-Jun;43(2):116-125. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0025.
15. Yeomans FE, Delaney JC, Levy KN. Behavioral activation in TFP: The role of the treatment contract in transference-focused psychotherapy. Psychotherapy (Chic). 2017 Sep;54(3):260-266. doi: 10.1037/pst0000118.
16. Cooper AM. Narcissism and masochism. The narcissistic-masochistic character. Psychiatr Clin North Am. 1989 Sep;12(3):541-2.
17. Van Egmond J, Kummeling I. A blind spot for secondary gain affecting therapy outcomes. Eur Psychiatry. 2002 Mar;17(1):46-54. doi: 10.1016/s0924-9338(02)00622-3.
18. D'Ascenzo I, Vilaregut A, Zurdo V, Torras S, Cartujo IB. The family alliance as a facilitator of therapeutic change in systemic relational psychotherapy for borderline personality disorder: A case study. Fam Process. 2024 Dec;63(4):2176-2194. doi: 10.1111/famp.13052.
19. Linares JL. La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. Clínica y Salud. 2007;18:381-389.
20. Codecá L, Russon J, Selvini M. The systemic-family-individual approach: The heritage and continuation of Mara Selvini Palazzoli's work in integrative psychotherapy. J Marital Fam Ther. 2024 Jul;50(3):706-725. doi: 10.1111/jmft.12707.
21. Temes CM, Zanarini MC. The Longitudinal Course of Borderline Personality Disorder. Psychiatr Clin North Am. 2018 Dec;41(4):685-694. doi: 10.1016/j.psc.2018.07.002.
22. Liester M, Wilkenson R, Patterson B, Liang B. Very Low-Dose Sublingual Ketamine for Borderline Personality Disorder and Treatment-Resistant Depression. Cureus. 2024 Apr 5;16(4):e57654. doi: 10.7759/cureus.57654.
23. Forster C, Berthollier N, Rawlinson D. A systematic review of potential mechanisms of change in psychotherapeutic interventions for personality disorder. J Psychol Psychother. 2014;4..
24. Luyten P, Malcorps S, Bateman A, Fonagy P. Mentalizing individuals, families and systems: Towards a translational socioecological approach. Psychol Psychother. 2024 Nov;97 Suppl 1:105-113. doi: 10.1111/papt.12544.
25. Vasterling JJ, Arditte Hall KA. Neurocognitive and Information Processing Biases in Posttraumatic Stress Disorder. Curr Psychiatry Rep. 2018 Sep 17;20(11):99.
26. Ansbacher HL. "To love and to work". Adlerian thoughts on an anecdote about Freud. Bull Menninger Clin. 1981 Sep;45(5):439-41.
27. Cracknell L, Fuggle P, Bevington D. Recognizing Social Injustice and Epistemic Mistrust in Helping Adolescents with Multiple Needs: The AMBIT (Adaptive Mentalization-Based Integrative Treatment) Approach. Psychodyn Psychiatry. 2024 Dec;52(4):584-605.