



Tratamiento Ambulatorio Intensivo para personas con un diagnóstico de Trastorno Límite de Personalidad. Una experiencia con residentes de Psicología Clínica dentro del Sistema Nacional de Salud

Intensive Outpatient Treatment for people with a diagnosis of Borderline Personality Disorder. An experience with Clinical Psychology residents within the Spanish National Health System

Marcos Murillo-Vega¹ y Cristina Rodríguez-Cahill²

1. Residente de Psicología Clínica. Hospital Príncipe de Asturias
2. Psicóloga Especialista en Psicología Clínica. Hospital Príncipe de Asturias

Resumen

La asistencia a personas con etiqueta de Trastorno de Personalidad Límite dentro del Sistema Nacional de Salud se ha visto incrementada en los últimos años, adquiriendo un peso cada vez mayor dentro de la cartera asistencial. La psicoterapia resulta la piedra angular de la intervención, precisando de un equipo multidisciplinar con amplia formación y coordinación. Fruto de esta necesidad han surgido recursos específicos orientados a la intervención con esta población, entre los que contamos los programas de Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI), cuya eficiencia se ha visto ampliamente respaldada por la evidencia científica.

La implementación de estas clases de programas permite garantizar una asistencia de calidad y evitar incurrir en intervenciones iatrogénicas, precisándose del apoyo y respaldo de los gestores de salud y las instituciones. El presente artículo se propone describir el funcionamiento y características del TAI del Hospital Príncipe de Asturias, así como la experiencia acumulada desde su puesta en marcha.

Palabras clave: *tratamiento ambulatorio intensivo, trastorno límite, psicoterapia, psicología clínica, trastorno de personalidad.*

Abstract

Assistance to people with a Borderline Personality Disorder diagnosis within the National Health System has increased in recent years, acquiring an increasingly greater weight within the care catalogue. Psychotherapy is the cornerstone of the intervention, requiring a multidisciplinary team with extensive training and coordination. As a result of this need, specific resources have emerged, among which we count Intensive Outpatient Treatment programs, whose efficiency has been widely supported by scientific evidence. The implementation of these types of programs makes it possible to guarantee quality care and avoid incurring into iatrogenic interventions, requiring the support of health managers and institutions. This article aims to describe the operation and characteristics of the Intensive Outpatient Treatment of the Príncipe de Asturias Hospital, as well as the experience accumulated since its launch.

Keywords: intensive outpatient treatment, borderline disorder, psychotherapy, clinical psychology, personality disorder.

INTRODUCCIÓN

La atención a personas con etiqueta diagnóstica de Trastorno Límite de la Personalidad es cada vez mayor dentro del Sistema Nacional de Salud (SNS, en adelante) (García-López et al., 2010; González y Gómez, 2024), siendo una necesidad actual reflexionar acerca de los modos en los que se organiza la misma. En la asistencia a personas con funcionamiento límite grave, la psicoterapia resulta la piedra angular del proceso, valiéndose de tratamientos psicológicos estandarizados con alta evidencia y una organización concreta del equipo terapéutico. En relación con el primer punto, las principales Guías de Práctica Clínica (APA, 2016; NICE, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011) apuntan a cuatro modelos de intervención con fuerte evidencia empírica: la Terapia Dialéctico Conductual (DBT), la Terapia Basada en la Mentalización (MBT), la Terapia Focalizada en la Transferencia (TFT) y la Terapia de Esquemas (TE).

No obstante, de tanto interés como el modelo teórico desde el que trabajan los terapeutas resulta el modo en que estos se organizan en sus equipos. En un trabajo reciente realizado por Sara González y Nerea Gómez (2024), se describe el estado actual de los recursos de los que dispone el SNS. Uno de los principales puntos que muestra este artículo es que la variabilidad intercomunidades autónomas es muy amplia, existiendo incluso algunas que carecen todavía de recursos específicos para la atención de esta población.

Gunderson (2002) apuntaba a la psicoterapia como tratamiento de primera elección en la atención a personas con funcionamiento límite grave, siendo fundamental disponer de recursos a nivel ambulatorio que permitan una intervención de alta intensidad y frecuencia.

Esta modalidad de organización, conocida como Tratamiento Ambulatorio Intensivo (TAI), no solo ha demostrado su eficacia a nivel de mejoría funcional de las personas atendidas, sino que

también resulta ser muy eficiente a nivel económico, como apuntan estudios como el desarrollado por Salvador-Carulla en 2014 en Cataluña, o el equipo de Bateman y Fonagy (2003, 2016) en Reino Unido. Comienza aemerger literatura científica que señala incluso una superioridad de la intervención en modalidad TAI respecto a otras alternativas clásicas de atención a personas con funcionamiento límite, como por ejemplo los Hospitales de Día. En el estudio de Smits et al. (2020) se compara la trayectoria de cambio de personas atendidas en sendos programas, obteniéndose una mejor evolución a largo plazo en aquellos atendidos en TAI. Estos resultados han sido replicados en investigaciones en otros países (Blankers et al. 2023; Kvarstein et al., 2015).

La psicoterapia con personas con una etiqueta diagnóstica TLP implica un alto riesgo iatrogénico (Fonagy y Alizon, 2009; Rodriguez-Cahill et al., 2021; Zanarini y Frankenburg, 2007). Con frecuencia, se subestiman los efectos iatrogénicos sobre las personas con patología identitaria y su núcleo relacional derivadas de no recibir una asistencia mínimamente adecuada, establecida de acuerdo a un modelo de intervención fundamentado, con unos profesionales apropiadamente formados y dotados de medios y condiciones que permitan un intervención consistente, intensiva y de calidad. Es fundamental que tanto los profesionales de salud mental como los gestores de los recursos asistenciales conozcan el nivel de daño hacia estos consultantes que entraña no poder garantizar esta correcta asistencia. Resultan de relevancia al respecto los conceptos de intervención iatrogénica (p.e., inconsistencia en la planificación e intervención, infradosisificación de la misma, déficit en la formación, coordinación y supervisión de los terapeutas) y de gestión iatrogénica (p.e., estilos de organización de los servicios de salud mental que anteponen criterios económicos y/o políticos, sobrecarga de los profesionales, desinterés en desarrollar programas específicos para la problemática abordada) que son factores causales del daño a estas personas (Rodriguez-Cahill, 2015; Rodriguez-Cahill et al., 2021).

Es muy excepcional que las intervenciones destinadas a personas con funcionamiento límite grave se enmarquen dentro de un programa específico y que sea llevado a cabo por un equipo multidisciplinar que planifique el tratamiento de forma coherente, intensiva, con una estructura clara y bajo supervisión.

En conclusión, toda la evidencia empírica hasta la fecha demuestra que los programas ambulatorios intensivos generan importantes mejorías en los consultantes y resultados positivos tanto en indicadores clínicos como económicos. En relación con este último aspecto, como ya hemos mencionado, los datos muestran que se produce un ahorro significativo en comparación con el tratamiento estándar comunitario y con los tratamientos de Hospital de Día.

Los programas ambulatorios intensivos han sido implantados con éxito en el ámbito de la Sanidad Pública del Estado Español, estando presente en muchos centros a nivel nacional, como por ejemplo el Programa para TP de Leganés (Rodríguez Cahill, 2015), el programa PAIPAL en el Hospital Gregorio Marañón (García-Bernardo, 2007), Programa TAI de Parla, Programa Integrado para TP del CSM de Arganda, Unidad de Seguimiento Ambulatorio Intensivo del Hospital de Basurto (Catalan et al., 2013) etc. No obstante, por el momento son escasas las publicaciones que detallan sus experiencias y resultados.

UNA APROXIMACIÓN AL TAI EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS

La red de Salud Mental perteneciente al Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA, en adelante) entra dentro de aquellas que, por el momento, carecen de un programa de atención ambulatoria intensiva para atender consultantes adultos con funcionamiento borderline grave. El área cuenta con otros recursos que atienden a esta población, en concreto un Hospital de Día monográfico cuyo funcionamiento describe en detalle Mas-Hesse en 2019, así como un proceso específico de Trastornos de Personalidad dentro del Área de Gestión Clínica que facilita la coordinación interniveles asistenciales.

Mencionar que el HUPA sí cuenta con un TAI infanto-juvenil desde hace 3 años, que parte de la misma filosofía, aunque este dispositivo tiene unas características distintas en cuanto población atendida y otros aspectos, cuyo desarrollo exceden el propósito de este artículo.

Ante la carencia de este recurso, desde el 2021 se viene organizando un proyecto entre adjuntos de Psicología Clínica y residentes de dicha especialidad que viene a cubrir esta necesidad, si bien con las limitaciones que este planteamiento supone respecto a lo que supondría un recurso específico TAI con profesionales especialistas contratados a tiempo completo.

Este proyecto se materializa en forma de actividades de atención continuada, en las que participan de forma principal los residentes PIR, siendo labor de los adjuntos las tareas de supervisión semanal y formación en relación a estas actividades, así como el desarrollo de grupos terapéuticos, descritos más abajo. La derivación de consultantes al programa está abierta al resto de profesionales de referencia del área, recibiendo principalmente a pacientes que se encuentran ya atendidos a nivel ambulatorio con una intensidad estándar.

La organización de este TAI, en formato de atención continuada para residentes, supone las siguientes actividades:

- Evaluación estructural para patología identitaria: el punto de entrada al programa, tras la derivación, pasa por una entrevista de evaluación individual semiestructurada en base a una adaptación de la Entrevista Estructural de Otto Kernberg (1984) (ver también Labbe-Aroca, Castillo-Tamayo et al., 2020).

Esta entrevista, en una única sesión, sirve para establecer el nivel de funcionamiento del consultante y su idoneidad al programa TAI, en base a una serie de criterios de inclusión y exclusión, recogidos en la tabla 1.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<p>Personas mayores de 18 años que presenten clínica susceptible de intervención psicoterapéutica y acepten voluntariamente el tratamiento.</p> <ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad emocional.• Inestabilidad en la identidad.• Inestabilidad en las relaciones interpersonales.• Impulsividad (alimentación, tóxicos, promiscuidad, compras, hurtos).• Auto o heteroagresividad.• Intentos/amenazas suicidas.• Síntomas disociativos.• Síntomas psicóticos transitorios.	<ul style="list-style-type: none">• Bajo cociente intelectual.• Trastorno de la personalidad orgánico.• Rasgos antisociales de la personalidad que contraindiquen un proceso psicoterapéutico.• Momento vital de alta desregulación emocional o elevada suicidabilidad que incapacita para un trabajo psicoterapéutico.• Estar incluido en otro nivel asistencial más adecuado a sus necesidades.• Dificultades para comprometerse con la asistencia regular al grupo o incompatibilidades horarias.• No aceptación del paciente.

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión del programa de atención continuada TAI del HUPA.

Tras esta evaluación, y según el perfil, se propone a la persona la inclusión en las modalidades de intervención individual o grupal, siendo la asistencia a estas independientes y pudiéndose simultanear.

- Psicoterapia individual intensiva: consiste en un seguimiento psicoterapéutico de corte elaborativo basado en terapia basada en mentalización (MBT) o Terapia Cognitivo-Analítica (CAT), con una frecuencia semanal y una duración mínima de 6 meses, siendo el tiempo promedio de seguimiento de 1-2 años, llegando en algunas ocasiones a 3-4 años.
- Terapia grupal basada en la mentalización (MBT-I): se realiza de forma periódica terapia grupal bajo la perspectiva MBT. Los grupos son llevados a cabo por dos coterapeutas y por uno o dos observadores, que sirven de personal de apoyo en el caso de que algún/a participante se desregule y/o disocie, requiriendo salir de la sala de terapia hasta retornar a un estado emocional óptimo.

Los grupos introductorios (MBT-I), de corte psicoeducativo se realizan con una frecuencia semanal y una duración promedio de hora y media, con un número total de 10 sesiones por edición.

Respecto a los contenidos de cada sesión, se usó una adaptación del manual escrito por Paco Sanz y Nuria Tur (2017), el cual a su vez es una modificación al castellano de los trabajos de Bateman y Fonagy (2016) y Karterud (2015). En la tabla 2 se recogen los títulos de cada sesión.

NÚMERO DE SESIÓN	TÍTULO Y CONTENIDOS
1	Presentación e introducción a la mentalización.
2	Dimensiones de la mentalización. Actitud mentalizadora. Mentalización y malentendidos.
3	Fallos de mentalización.
4	Mentalización y emociones (I).
5	Mentalización y emociones (II). Apego.
6	Mentalización y conflictos interpersonales. Análisis de escenarios relacionales.
7	Estrategias de afrontamiento. Afrontamiento orientado a emociones vs orientado a problemas.
8	Síntesis de los contenidos trabajados. Aplicación a escenas traídas por los participantes.
9	Etiquetas diagnósticas. Función, valor y limitaciones.
10	Cierre y despedida.

Tabla 2. Contenidos de la terapia grupal MBT-I.

En las últimas dos ediciones de este grupo se han comenzado a recopilar datos de los resultados de esta intervención grupal, de cara a servir de base a futuros trabajos de divulgación e investigación. Se recogen medidas de los cambios en la función reflexiva de los participantes mediante el cuestionario Reflective Functioning Questionnaire (RFQ-8) (Sánchez-Pascual et al, 2015; Ruiz-Parra et al., 2023), en la toma de

perspectiva interpersonal vía el Interpersonal Reactivity Index (IRS) (Escrivá et al., 2004), y la evolución en cuanto a la cohesión grupal a través del instrumento Group Cohesiveness Scale (GCS) (De la Fuente, 2018; Wongpakaran et al, 2013), en sus respectivas adaptaciones la castellano.

Las hipótesis a probar son la mejora en los dos primeros constructos mencionados con esta terapia, y el papel modulador de la cohesión grupal en esta mejoría. En la actualidad se encuentra en elaboración un póster científico que aporte los resultados preliminares obtenidos hasta la fecha.

- Terapia grupal basada en la mentalización (MBT-G): los participantes de las terapias MBT-I pasan a continuación, siguiendo el protocolo estándar de MBT (Bateman y Fonagy, 2016); Karterud (2015), a una terapia grupal de naturaleza psicoterapéutica, con una duración de 18 meses, llevada a cabo por los adjuntos colaboradores del programa TAI, en la que los residentes PIR toman el rol de observador grupal.

EXPERIENCIA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN CONTINUADA DE TAI

Desde su puesta en marcha en 2021, el proyecto de atención continua TAI ha contado con mucho interés por parte de los residentes de Psicología Clínica del HUPA, con una alta participación en el mismo. Sin lugar a duda, el principal beneficio de este proyecto resulta en la formación de futuros profesionales en terapias específicas para la atención a personas con trastornos identitarios e inestabilidad emocional, siendo este entrenamiento muy valorado por los PIR participantes.

A nivel asistencial, este proyecto también ha supuesto una mejora para el área en la atención a estas personas; si bien existen una serie de limitaciones y dificultades a tener en cuenta que se desarrollarán más abajo. En la Tabla 3 se recogen los datos asistenciales del programa TAI a fecha de Diciembre de 2024.

TOTAL DE CONSULTANTES ATENDIDOS

ENTREVISTA ESTRUCTURAL	130 personas citadas.	120 personas asisten.
TERAPIA INDIVIDUAL	70 personas citadas	60 finalizan terapia
INTENSIVA		
TERAPIA GRUPAL MBT-I	6 ediciones (8-10 personas c/edición)	50 finalizan terapia.
TERAPIA GRUPAL MBT-G	1 edición (11 participantes)	9 finalizan terapia.

Tabla 3. Datos asistenciales estimados del programa de atención continuada TAI del HUPA a fecha de Septiembre de 2024.

Como apuntábamos más arriba, la red de Salud Mental del HUPA carece de profesionales contratados de forma específica para un recurso TAI, siendo el proyecto en este artículo descrito una suplencia del mismo. El programa se sostiene de forma voluntaria, dependiendo de la motivación de sus integrantes para su supervivencia. El hecho de que aquellos que componen el equipo (adjuntos y residentes) hayan de dedicarse también a otras actividades (agenda completa de CSM, en el primer caso; actividades propias de la rotación en la que se encuentran, en el segundo) hace del programa insuficiente para atender a la totalidad de la demanda en el área sanitaria. Esto genera un acúmulo en forma de lista de espera, siempre *in crescendo*, que supone que existan consultantes que no reciban la atención adecuada por limitaciones de medios, con la consiguiente frustración tanto para ellos como para el profesional de referencia que les deriva en primera instancia. En la actualidad el tiempo promedio entre la evaluación de un/a consultante y el inicio de la atención terapéutica está en 4-6 meses en el formato individual y 2-3 en el grupal.

Resulta vital enfatizar la relevancia de dotar a la red de salud mental de equipos específicos que lleven a cabo los tratamientos TAI. El hecho de que el peso principal de esta actividad asistencial recaiga sobre los residentes PIR supone un hándicap a tener en consideración. Su menor experiencia en la atención a esta población implica que algunas derivaciones, por su mayor gravedad, no puedan ser atendidas por ellos, no pudiendo beneficiarse de un formato que ha demostrado sobradamente sus ventajas. Igualmente, que sean los residentes PIR el núcleo base del TAI de Alcalá implica también otras consideraciones. Por un lado, al ser profesionales en formación, no cuentan con las mismas capacidades, conocimiento y experiencia que un profesional directamente contratado para esta tarea. De igual modo, las características de la residencia, marcadas por el tránsito entre distintas rotaciones, así como su carácter limitado en el tiempo, obstaculizan una intervención longitudinal y prolongada, no pudiéndose garantizar a los consultantes una continuidad en su asistencia. Estos aspectos redundan en un mayor riesgo de iatrogenia hacia la persona atendida, que no puede pasarse por alto (Rodríguez-Cahill, 2015)

Por otro lado, a nivel institucional, esta organización del programa implica que es personal en formación y no estructural el que se encuentra cubriendo una necesidad asistencial básica. Esto colisiona con aquello que apuntan las principales Guías de Práctica Clínica (APA, 2016; NICE, 2009; Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España, 2011), y que señalan que es responsabilidad del SNS garantizar la presencia de un equipo adecuadamente formado, coordinado y supervisado.

Desatender esta necesidad de la población y/o atenderla en condiciones inadecuadas tiene efectos nocivos en la misma. Un equipo conformado por personal en formación y adjuntos voluntarios resulta un equipo frágil y muy expuesto a vulnerabilidades evitables, como por ejemplo al burnout de los profesionales, y que puede colapsar a futuro. Sostener atenciones esenciales en salud mental vía la voluntad, el deseo y la buena fe de los participantes del programa se muestra arriesgado, y es responsabilidad del SNS y de los gestores de recursos que lo representan atender a este aspecto y ofrecer soluciones que garanticen una atención de calidad.

Un programa TAI llevado por profesionales sin agendas específicas y por residentes en formación aumenta el riesgo de iatrogenia y daño a los pacientes respecto a lo que supondría una atención basada en un equipo específicamente dedicado a esta labor. Este punto resulta de especial importancia si tomamos en consideración las características de la población atendida. Los tratamientos psicoterapéuticos, los cuáles siempre tienen un riesgo potencial de iatrogenia (Boisvert y Faust, 2002; Ortiz-Lobo e Ibañez-Rojo, 2011), ven el mismo aumentado cuando se atiende patología identitaria. Con frecuencia, las intervenciones de los profesionales estimulan las necesidades de apego de estas personas, pero no aportan la estructura necesaria, ni se realizan en las mínimas condiciones requeridas para trabajar sus dificultades. Esto lleva a muchos pacientes a abandonar el tratamiento, a una escalada de visitas a los servicios de urgencias o, en el peor de los casos, a severas autoagresiones (Rodríguez Cahill et al., 2021).

CONCLUSIONES

Los modelos de intervención basados en Tratamientos Ambulatorios Intensivos son una tendencia en boga, habiéndose implementado con éxito en las redes asistenciales de otros países del mundo occidental, siendo punta de lanza Reino Unido. España se encuentra a la zaga y progresivamente, cada vez más redes de Salud Mental pertenecientes al SNS incorporan recursos de este estilo. El caso del TAI del HUPA de Alcalá de Henares supone un caso particular, al no estar dotado por el momento por un equipo propio, siendo sostenido por PECP y residentes de la especialidad, aspecto singular que motivó la redacción de este artículo.

La experiencia muestra que, en relación con la asistencia a personas con funcionamiento límite grave, la calidad de la misma ha aumentado. El disponer de un modelo de intervención estructurado, específico y con componente tanto individual como grupal, ha permitido un mejor encuadre de las formas de intervención ante el sufrimiento psíquico de estos consultantes. La experiencia, a este respecto, resulta positiva, si bien supone una solución provisional y temporal a una necesidad cada vez más presente en nuestros CSMs. La constitución de un recurso TAI con profesionales de psicología clínica contratados para esta labor supondría una mejora a los

resultados por ahora obtenidos con este programa de atención continuada. Esperamos que en un futuro cercano este equipo pueda resultar una realidad.

El otro aspecto beneficioso de esta experiencia de TAI redonda en los residentes de Psicología Clínica. Como futuros PECP, sus competencias en el campo de la psicoterapia resultan fundamentales, y más en un tipo de población como la etiquetada con diagnósticos como el TLP, donde la intervención psicoterapéutica resulta de primera línea y el rol del psicólogo en un equipo multidisciplinar bien coordinado se torna fundamental. Para los residentes, la posibilidad de integrarse dentro de una metodología de trabajo como la propia de un TAI y entrar en contacto con su estructura y modalidades de terapia, supone una experiencia formativa de muy alto valor. La práctica supervisada por expertos y consistentemente encuadrada supone el mejor escenario posible para poder adquirir las destrezas psicoterapéuticas fundamentales para la atención a ese tipo de población.

Como cierre, volvemos a remarcar la importancia y urgencia de poner en marcha programas asistenciales de modalidad TAI de cara a ofrecer una asistencia adecuada a este tipo de población, tanto en la red del HUPA como en el resto de las redes del Estado Español. Esta reclamación se sustenta en argumentos tanto asistenciales, éticos como económicos. Corresponde a las instituciones y a las gerencias de las mismas escuchar a estas evidencias y proceder a la implementación de estos programas, conforme a las disposiciones de las principales Guías de Práctica Clínica (Fonagy y Alizon, 2009; Rodriguez-Cahill et al., 2021; Zanarini y Frankenburg, 2007). Esperamos que en un corto plazo estos programas puedan pasar de ser una reclamación hacia una realidad constituida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association, Division 12 (2016). Psychological treatments for borderline personality disorder.
- Bateman A y Fonagy P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalization versus general psychiatric care. *Am J Psychiatry*. 160(1):169-71. doi: 10.1176/appi.ajp.160.1.169. PMID: 12505818.
- Bateman, A. y Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for Borderline Personality Disorder: a practical guide. Nueva York: Oxford University Press.
- Boisvert CM y Faust D. (2002). Iatrogenic symptoms in psychotherapy: A theoretical exploration of the potential impact of labels, language, and belief systems. *Am J Psychother*; 56: 244260 doi: 10.1176/appi.psychotherapy.2002.56.2.244
- Bateman A. y Fonagy P. (2016). Tratamiento basado en la mentalización para trastornos de la personalidad. Una guía práctica. Desclée de Brouwer.
- Blankers M, Smits ML, Feenstra DJ, Horn EK, Kamphuis JH, Bales DL, Lucas Z, Remeeus MGA, Dekker JJM, Verheul R, Busschbach JJV, y Luyten P (2023). Economic evaluation of day hospital versus intensive outpatient mentalization-based treatment alongside a randomized controlled trial with 36-month follow-up. *Personal Disord.* 14(2):207-215. doi: 10.1037/per0000577.
- Catalán A, González MA, Álvarez de Eulate S, Bustamante S, Eguíluz I, Querejeta I, Gatón A, Díaz A, Rincón T, Bravo E. (2013) Alternativas a la hospitalización psiquiátrica de corta estancia. Programas de seguimiento intensivo ambulatorio. Investigación Comisionada. Departamento de Salud. Gobierno Vasco. Informe Osteba D-13-04.
- De la Fuente, Á. (2018). Alianza terapéutica y cohesión grupal en un contexto coercitivo de hombres condenados por violencia de género. Implicaciones para la intervención. <https://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/32023>
- Escrivá, V. M., Navarro, M. D. F., & García, P. S. (2004). La medida de la empatía: análisis del Interpersonal Reactivity Index. *Psicothema*, 16(2), 255-260. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716213.pdf>
- Fonagy, P. y Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, 51(3), 372-380. <https://doi.org/10.1037/a0036505>
- García-Bernardo, E. G. (2007). Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad (TLP). DOAJ (DOAJ: Directory Of Open Access Journals). <https://doaj.org/article/80fa5c9c96f0470cb19f289ef32958f5>
- García-López, M. T., Martín-Pérez, F. M., y Llop, R. O. (2010). Tratamiento integral del Trastorno Límite de Personalidad. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 30(2). <https://doi.org/10.4321/s0211-57352010000200005>

- González, S. y Gómez, N. (2024). Abordaje de los Trastornos de Personalidad con Rasgos Inestables en el Sistema Nacional de Salud. *Psicología Clínica*, 1 (1), 67-75. <https://doi.org/10.62873/psclin.v1i1.7>
- Gunderson, J. (2002). Trastorno Límite de la personalidad. Guía Clínica. Psiquiatría Editores.
- Karterud, S. (2015). Mentalization-based group therapy (MBT-G): A theoretical, clinical, and research manual. Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780198753742.001.0001>
- Kernberg, O. F. (1984) Trastornos Graves de la Personalidad: Estrategias Psicoterapéuticas. Manual Moderno
- Kvarstein EH, Pedersen G, Urnes, Hummelen B, Wilberg T, y Karterud S. (2015) Changing from a traditional psychodynamic treatment programme to mentalization-based treatment for patients with borderline personality disorder--does it make a difference? *Psychol Psychother*. 88(1):71-86. doi: 10.1111/papt.12036.
- Labbé-Arocca., Nicolás, Castillo-Tamayo, Roberto, Steiner-Segal, Verónica, y Careaga-Díaz, Consuelo. (2020). Diagnóstico De La Organización De La Personalidad: Una actualización teórico-empírica de la propuesta de Otto F. Kernberg. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 58(4), 372-383. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272020000400372>
- Mas Hesse, J., (2019). Hospital de Día de Alcalá de Henares. Un hospital de día orientado a fomentar la mentalización. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 39(136), 259-280. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352019000200014>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad de España (2011). Guía de práctica clínica sobre trastorno límite de la personalidad. GPC 482
- National Institute for Health and Care Excellence of the United Kingdom (2009). Borderline personality disorder: Recognition and management. Clinical guidance. CG78
- Ortiz-Lobo, A. e Ibañez-Rojo, V. (2011). Iatrogenia y prevención cuaternaria en salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 85(6), 513–525. <https://doi.org/10.1590/s1135-57272011000600002>
- Rodríguez-Cahill, C. (2015). Los desafíos de los trastornos de la personalidad (salud mental colectiva). Ed Grupo 5
- Rodríguez-Cahill, C., Ruiz Llaver, G., Martín Escudero, D., Garnelo Fernández, P., Sánchez Rodríguez, F., Casares García, M. I. y Morales González, K. (2021). Iatrogenia en personas diagnosticadas de trastorno límite de la personalidad. *Clínica Contemporánea*, 12(3). <https://doi.org/10.5093/cc2021a21>
- Ruiz-Parra E, Manzano-García G, Mediavilla R, Rodríguez-Vega B, Lahera G, Moreno-Pérez AI, et al. (2023) The Spanish version of the reflective functioning questionnaire: Validity data in the general population and individuals with personality disorders. *PLoS ONE* 18(4). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274378>

- Salvador-Carulla, L., Bendeck M., Ferrer M., Andión O., Aragónés E. y Casas M., Costo of borderline personality disorder in Catalonia (Spain). European Psychiatry. 2014;29(8):490-497 <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2014.07.001>
- Sánchez-Pascual, M., León-Quismondo, L., García-López, A., Mas-Hesse, J., y Fernández-Liria, A. (2015). La medida de la capacidad reflexiva: instrumentos disponibles en castellano y tareas pendientes. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, 35(127), 487-510. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352015000300004>
- Sanz, P., y Tur, N. (2017). Manual del Grupo Introductorio al Tratamiento Basado en Mentalización para los trastornos de personalidad.
- Smits ML, Feenstra DJ, Eeren HV, Bales DL, Laurensen EMP, Blankers M, Soons MBJ, Dekker JJM, Lucas Z, Verheul R, y Luyten P. (2020) Day hospital versus intensive out-patient mentalisation-based treatment for borderline personality disorder: multicentre randomised clinical trial. Br J Psychiatry.216(2):79-84. doi: 10.1192/bjp.2019.9. PMID: 30791963.
- Wongpakaran T, Wongpakaran N, Intachote-Sakamoto R, Boripuntakul T. (2013) The Group Cohesiveness Scale (GCS) for psychiatric inpatients. Perspect Psychiatr Care. 49(1):58-64. doi: 10.1111/j.1744-6163.2012.00342.x.
- Zanarini, M. C. y Frankenburg, F. R. (2007). The Essential Nature of Borderline Psychopathology. Journal of Personality Disorders, 21(5), 518-535. <https://doi.org/10.1521/pedi.2007.21.5.518>